DE LA CACHEXIE SÉREUSE

DES ENCEINTES ET DES ACCOUCHÉES.

THÈSE INAUGURALE

PAR

CHARLES-GUSTAVE LAUTH,

DE STRASBOURG,

Docteur en médecine, ancien interne des hospices civils, lauréat de l'Université.

STRASBOURG,

DE L'IMPRIMERIE DE V.e BERGER-LEVRAULT, RUE DES JUIFS, 33.

1852.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

THOMAS LAUTH,

ET DE MON ONCLE

ERNEST-ALEXANDRE LAUTH,

Professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET SŒURS.

CH. G. LAUTH.

A

MM. LES PROFESSEURS ET AGRÉGÉS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

CH. G. LAUTH.

DE LA CACHEXIE SÉREUSE

DES ENCEINTES ET DES ACCOUCHÉES.



Introduction.

Grossesse, parturition, couches, sont les trois chaînons du grand acte physiologique qui caractérise la période active de la vie de la femme. Mais très-souvent cet acte ne peut s'accomplir d'une manière complétement normale, parce que la femme est, par le fait même de la grossesse, placée dans des conditions organiques toutes spéciales, qu'il peut se rencontrer des obstacles à l'expulsion régulière des produits de la conception, et enfin, que celle-ci une fois accomplie, la moindre imprudence peut devenir la cause d'accidents plus ou moins redoutables. De là la distinction naturelle des maladies de la grossesse, des accidents qui peuvent accompagner la parturition, et des maladies des couches. Cependant, s'il est incontestable que chacune de ces trois périodes a ses maladies spéciales, on peut se demander s'il n'en est pas d'autres que l'on puisse attribuer à l'état puerpéral lui-même, et par là je comprends toute la période, qui commence à la conception et qui se termine par le retour de l'organisme à son repos primitif; en d'autres termes, si la grossesse ne peut imprimer à l'économie des changements tels que, par le seul fait de leur extension, il puisse en résulter une véritable maladie.

C'est une question que nous avons cherché à résoudre, en prenant pour sujet de thèse un état morbide particulier aux femmes enceintes et en couches et dont la nature a été méconnue jusqu'ici. Depuis plus de quinze ans, M. le professeur Stoltz en a fait annuellement le sujet de leçons cliniques. En 1845, un des élèves de la Faculté, M. Thierry, l'a voulu traiter dans sa dissertation inaugurale, sous le nom de *diathèse séreuse;* mais M. Stoltz lui a toujours donné le nom de *cachexie séreuse,* par la raison que ces deux mots signifient deux états bien différents.

Définition.

Diathèse, *cachexie*, sont deux mots dont on a bien voulu ne jamais se faire une idée nette : car il nous semble qu'en recourant à leur étymologie, on eût trouvé sans peine une définition susceptible de satisfaire tous les esprits.

Diathèse vient de διατιθημι, je dispose; διαθεσις, disposition; cachexie vient de κακος, mauvais; ἕξις, manière d'être, *malus corporis habitus.*

Qui n'entrevoit pas déjà la différence qui existe entre la valeur de ces deux termes? D'un côté une *disposition*, de l'autre une *manière d'être;* d'un côté un *état morbide,* de l'autre une sorte de *période préparatoire,* si je puis dire, par laquelle l'économie doit passer, pour arriver à cet état morbide. La *diathèse* est une *imminence morbide*, une *prédisposition générale* de l'économie à devenir malade; la *cachexie* est une *maladie* plus ou moins développée, primitive ou consécutive. Il y a donc entre la *diathèse* et la *cachexie* toute la différence qui existe entre la cause et son effet.

Composition du sang chez les femmes enceintes.

La valeur de ces deux mots une fois bien établie et comprise, voyons quels sont les changements qui surviennent dans la composition ou

la crase du sang pendant la grossesse. Et d'abord, le sang de la femme, en dehors de la gestation, est-il absolument le même que celui de l'homme, ou présente-t-il quelques particularités dignes d'être notées? Voici ce que les recherches les plus récentes nous apprennent à cet égard :

Le sang de la femme est la plupart du temps moins coloré que celui de l'homme; sa pesanteur spécifique est moindre; il contient plus d'eau, ce que présente aussi le sang des femelles des animaux : le chiffre des globules diminue d'une manière remarquable; mais la quantité de fibrine reste à peu près la même dans les deux sexes : il en résulte que la prédominance du sérum sur le caillot ou les globules est plus marquée dans le sang de la femme que dans celui de l'homme; il en résulte également que le sang de la femme contient plus d'albumine que le sang de l'homme, dont le caillot est plus riche; il en est de même de la plupart des autres éléments du sérum, par exemple les matières grasses et les matières extractives; quant aux sels, ils sont en plus grande quantité dans le sérum de l'homme, mais si l'on considère le sang dans sa masse, on trouve plus de sels solubles dans celui de la femme. Plus grande abondance de sérum, c'est-à-dire d'eau et d'albumine, nombre moins considérable de globules, voilà donc les différences principales que nous offre le sang de la femme, comparé à celui de l'homme.

Sous l'influence de la grossesse, le sang éprouve dans sa composition des changements remarquables : 1.° il prend une coloration plus foncée; 2.° sa pesanteur spécifique diminue; 3.° il devient plus riche en eau et remarquablement plus pauvre en globules; 4.° par contre, la quantité de fibrine augmente ; c'est ce qui fait que dans cette période de la vie de la femme, le sang offre d'ordinaire un très-petit caillot, recouvert d'une légère couenne.[1]

Mais ces modifications nombreuses se font dans un certain ordre,

---

1. C. G. Lehmann, *Lehrbuch der physiologischen Chemie, Leipzig,* 1850, t. II, p. 244.

elles ne s'établissent pas tout d'un coup, car la marche de la nature n'est jamais brusque, pas plus dans ses phénomènes physiologiques que dans ses manifestations pathologiques : ce sont des évolutions. Il était intéressant de suivre la grossesse pas à pas, et de voir l'enchaînement de ces faits, pour arriver, autant que possible, au début de ce phénomène complexe. MM. Andral et Gavarret[1], dont il serait téméraire de contester l'autorité en matière d'hématologie, nous donnent à cet égard des détails assez curieux, pour que nous croyions devoir les consigner ici :

De l'analyse du sang de 34 femmes enceintes, il résulte :

1.° Que du premier mois à la fin du sixième, le sang offre en fibrine une moyenne inférieure à la moyenne physiologique. (Moyenne, 2,5; maximum, 2,9; minimum, 1,9.)

2.° Que pendant les trois derniers mois, la moyenne de la fibrine devient supérieure à la moyenne physiologique. (Moyenne, 4,00; maximum, 4,8.)

3.° Que cet accroissement de la fibrine devient le plus grand possible vers le dernier mois de la grossesse (moyenne, 4,3); qu'il atteint son maximum au moment de l'accouchement, et que ce maximum se soutient, si même il n'augmente pas, pendant les premiers temps qui suivent l'expulsion du fœtus.

4.° Que le chiffre des globules tend à diminuer pendant la grossesse. Sur 34 fois il y a eu 1 fois 145 globules; 1 fois 127; 6 fois de 125 à 120; 26 fois de 120 à 95, et il est à remarquer que le seul cas où le chiffre des globules était au-dessus de la moyenne, était celui d'une femme pléthorique. D'où il suit, ajoute M. Andral, que le plus grand nombre de ces femmes présentaient un commencement d'anémie. Cet état du sang est d'ailleurs parfaitement en rapport avec la décoloration remarquable et la demi-bouffissure de la face, que présentent beaucoup de femmes dès qu'elles ont conçu.

---

1. Monneret et Fleury, Comp. de méd. prat., 1846, tome VII, p. 450.

Nous regrettons beaucoup de ne pas apprendre ce que devient l'albumine; serait-il que la grossesse, qui modifie si profondément la composition générale du sang, fût sans influence sur un élément dont l'importance est cependant si grande? Nous ne le pensons pas.

Scanzoni[1], dans sa *Blutcrasis bei Schwangeren*, dit que l'albumine subit une diminution, mais assez insignifiante; cela ne nous satisferait que fort peu, si nous ne trouvions pas un peu plus loin ces mots : « *Nehmen alle festen Bestandtheile des Blutes ab, während der Wasser-* « *gehalt zunimmt, zeigt sich die seröse Crase.* »

MM. Becquerel et Rodier[2] ont analysé le sang de neuf femmes enceintes et ont eu pour résultats : moyenne, 66,1 ; maximum, 68,8 ; minimum, 62,4; la moyenne chez la femme non enceinte est de 70,5.

M. Regnauld[3] a consigné dans sa thèse un tableau indiquant le résultat de 25 analyses; dans presque toutes l'albumine s'est trouvée au-dessous de la moyenne, et cette diminution se manifestait déjà au troisième mois.

En résumé donc, sous l'influence de la grossesse, le sang perd de ses globules, la quantité d'eau devient plus considérable, le chiffre de la fibrine augmente d'une manière progressive dans les derniers mois, enfin l'albumine a plutôt de la tendance à diminuer qu'à augmenter, souvent même diminue d'une manière notable.

Voilà ce qui s'observe à l'état normal, ce qui est constant, ce qui dépend immédiatement du fait même de la grossesse. Mais il est facile de comprendre que, placé dans des conditions si variées, le sang peut éprouver des troubles divers, de façon que ses éléments ne conservent plus entre eux le rapport que nous venons d'établir : chacun de ces éléments, pris isolément, peut ou augmenter ou diminuer d'une manière assez considérable pour amener un état morbide spécial. Ce fait

---

1. Fr. W. Scanzoni, *Lehrbuch der Geburtshilfe, Wien,* 1849, 1849.

2. Becquerel et Rodier, Nouvelles recherches d'hématologie. Gaz. méd. de Paris, juin 1852.

3. Cazeaux, Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1850, p. 294.

a été bien établi par M. Andral[1] et surtout par Scanzoni[2] qui a fait une étude approfondie du sang des femmes enceintes. Cet auteur admet que la composition du sang peut être modifiée des cinq manières suivantes :

1.° Le chiffre des globules peut descendre assez bas pour produire un *état analogue* à l'état *chlorotique.*

2.° Le contraire peut arriver : les globules peuvent atteindre un chiffre considérable, tandis que la fibrine subit une diminution absolue et relative : c'est la *pléthore.*

3.° La fibrine peut diminuer tandis que l'albumine augmente notablement, ce qui produit un état qu'il appelle *Albuminose* ou *Hypinose.*

4.° La fibrine à son tour peut éprouver une augmentation tout à fait anormale, et produire ce qu'il nomme *die fibrinöse Crasis* ou *Hyperinose.*

5.° Enfin tous les matériaux solides du sang peuvent diminuer, tandis que l'élément *eau* augmente, ce qui donne lieu à la *seröse Crase.*

Cette dernière altération est la seule qui doive nous occuper, puisque c'est elle qui fait le sujet de notre travail.

Nous croyons devoir rapporter en entier le passage dans lequel Scanzoni expose les caractères de sa *crase séreuse* : « *Diese der Schwangerschaft häufiger zukommende Blutanomalie bedroht, in Folge der* « *durch sie gesetzten oft massenreichen serösen Exsudate in die Höhlen* « *der serösen Häute* (Pericardium, Pleura, Peritonæum), *in das* « *subcutane und subseröse Zellgewebe (der unteren Extremitäten, der* « *Schamlippen, Vagina, etc.), in das Parenchym einzelner Organe (der* « *Lungen, des Gehirns), ja selbst durch Transsudation, in die Eihöhle* « (Hydroamnios) *und an die innere Uteruswand* (Hydrorrhœe), *nicht* « *selten das Leben der Mutter und des Kindes, und ihr Einfluss ist* « *während der Schwangerschaft um so bedeutungsvoller, als sich zu*

1. G. Andral, Essai d'hématologie pathologique, 1843.
2. *Loc. cit.*

« *ihm stets noch jener gesellt, welchen die mechanische Ausdehnung der* « *schwangeren Gebärmutter auf ihre Nachbarorgane hervorruft. So werden* « *die durch das Lungenödem, die Pleura- und Pericardialexsudate, be-* « *dingten Gefahren, durch die Beengung des Thoraxraumes von Seite* « *der sich ausdehnenden Gebärmutter gesteigert; so wird auch das Œdem* « *der unteren Extremitäten und der Genitalien durch die Compression* « *der Beckengefässe in der Art vermehrt, dass zuweilen jede Bewegung* « *unmöglich gemacht, durch die Spannung der Hautdecken die pein-* « *lichsten, kaum zu ertragenden Schmerzen hervorgerufen werden.*[1] »

Le portrait est d'une exactitude remarquable : mais nous ferons remarquer que c'est bien celui de la cachexie et non pas de la diathèse.

Historique.

Avant d'entreprendre la description de la cachexie séreuse, il nous paraît nécessaire de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les auteurs qui ont écrit sur la matière : très-souvent, en effet, une idée est présentée comme nouvelle, lorsqu'elle a déjà été avancée à une époque plus ou moins antérieure, époque à laquelle on n'était pas encore assez

---

1. « Cet état du sang, fréquent chez les femmes enceintes, donne lieu à une exsudation séreuse souvent abondante dans les cavités séreuses (péricarde, plèvre, péritoine), dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-séreux (extrémités inférieures, vulve, vagin), dans le parenchyme des organes (poumons, cerveau), même à une transsudation dans la cavité de l'œuf (hydroamnios) et dans la paroi interne de la matrice (hydrorrhée); cet état compromet ainsi la vie de la mère et de l'enfant; son influence pendant la grossesse mérite d'autant plus d'attention, qu'il s'y joint encore la pression exercée par l'utérus distendu sur les organes voisins. Ainsi, l'œdème pulmonaire, l'épanchement dans la plèvre et dans le péricarde, deviennent plus graves par l'obstacle qu'apporte la matrice à la dilatation du thorax; ainsi l'œdème des membres inférieurs et des parties génitales augmente par la compression des vaisseaux du bassin, souvent à un tel point que les mouvements deviennent impossibles et la distension de la peau horriblement douloureuse. »

mûr pour la comprendre : elle était dès lors ensevelie dans un profond et long oubli. Ce qui suit montrera que notre maladie n'a été traitée encore nulle part *ex professo.*

Les anciens, à commencer par HIPPOCRATE, parlent à peine des infiltrations auxquelles sont sujettes les femmes enceintes. Le père de la médecine donne bien quelques médicaments « *si gravida intumescit,* » mais il n'y attache pas d'importance. Après l'accouchement les lochies peuvent se porter vers les viscères, entre autres vers les poumons, il survient de l'oppression, de la toux et assez souvent des crachats spumeux : il regarde cet accident comme grave, mais sans nous éclairer davantage sur sa nature.[1]

Au seizième siècle, les faits commencent à être mieux indiqués, mais c'est encore bien vague. Ainsi SCHULTZ n'attache pas d'importance à l'œdème à moins qu'il n'existe au moment même, ou qu'il ne s'établisse ce qu'il appelle *dispositio hydropica.*[2]

Après avoir parlé de l'œdème des jambes, SPACH ajoute : « *verum in iis in quibus immodicus fit tumor et noctu crura non detumescunt, pertimescendum est ne quid mali eveniat.* »[3]

FERNEL traite de l'anasarque en général ; les femmes enceintes peuvent en être atteintes, mais la cause reste la même, savoir : « *cruditas et pituitosus albicansque sanguis, aut si dicere mavis, aqua lenta et concreta;* » cette altération du sang est amenée par « *immodicâ nimirum jecoris atque venarum refrigeratione.* »[4]

RODERIC A CASTRO est plus explicite quand il dit que l'œdème léger disparaît d'ordinaire après l'accouchement; s'il ne diminue ni le jour ni la nuit il faut le traiter; plus bas il ajoute : « *tumoribus pedum crescente crudorum humorum copiâ, supervenit oculorum, et totius cor-*

---

1. Œuvres d'HIPPOCRATE, trad. latine d'ANUS FOËS, 1838.
2. HENRICUS SCHULTZ, *Appendix de morbis mulierum,* 1547.
3. ISRAEL SPACH, *Gynæciorum sive de mulierum affectibus,* 1597.
4. FERNELII *Universa.* Lyon, 1578.

poris tumor, perdifficilis incessus, difficultas respirationis, tussis sicca, febris exigua.» — C'est catégorique.[1]

Mercatus ne parle que de l'œdème des jambes et de l'anasarque, qui surviennent après l'accouchement sous l'influence d'une des trois causes suivantes : 1.° *improbum vitæ studium;* 2.° *immodicus potus ;* 3.° *copiosus sanguis.*[2]

Chez Forestus il n'est pas question d'œdème, mais il attribue la production des varices des femmes enceintes à une altération du sang « *humorem crassum et melancholicum quem natura pellit ad partes igne biliores.*»[3]

Dans ses « *Institutiones medicinæ,*» Sennert[4] reconnaît l'existence d'une « *cachexia seri seu serosi humoris,*» mais il ne parle pas de la grossesse.

Après l'accouchement, sous l'influence du froid, de boissons aqueuses trop répétées, ou de purgations insuffisantes, les femmes peuvent être atteintes d'anasarque : « *et interdum tantus excitatur tumor, ut in majo-*
« *rem molem is assurgat, quam postremo graviditatis tempore.*» Ces tumeurs œdémateuses sont formées par des humeurs vicieuses, qui se répandent par tout le corps. L'œdème des extrémités inférieures pendant la grossesse est produit par une altération du sang qui est « *serosior et aquosior*»; cet œdème rend l'accouchement plus difficile, mais n'est pas grave, cependant il peut attaquer les viscères importants.[5]

Fontanus reconnaît que l'œdème peut devenir universel pendant les derniers mois de la grossesse; il ne se dissipe pas avant l'accouchement, et il faut de bonne heure le combattre pour qu'il ne tourne pas à mal; la peau a une disposition à se gangréner.[6]

---

1. Roderic a Castro, *De universa mulierum medicina,* 1623.
2. Ludovicus Mercatus, *Gynæciorum, libri III.* Bâle, 1623.
3. Forestus, *Observationes et curationes medicinales,* 1631.
4. Sennerti *Institutiones medicinæ,* 1674.
5. Sennerti *Opera,* 1676.
6. Fontanus, *Syntagma medicum de morbis mulierum,* 1645.

De la Motte n'a jamais vu périr de femmes par les enflures des extrémités. Le plus grand mal qu'il en ait vu arriver c'était la difficulté d'agir sur les fins de la grossesse. Il les attribue, soit à une alimentation trop succulente, soit à une nourriture malsaine et insuffisante; ce dernier cas est pour lui plus rare.[1]

Mauriceau explique l'œdème des extrémités inférieures par la compression qu'exerce l'utérus sur les veines iliaques; ce qui le confirme dans cette idée, c'est que toutes les femmes qui sont grosses de deux enfants ont toujours les jambes fort enflées vers les derniers mois de leur grossesse. A chaque observation de grossesse gémellaire il se plaît à rappeler cette cause. Après l'accouchement l'œdème disparaît, parce qu'alors la femme se purge des superfluités de toute l'habitude par le moyen de ses vidanges, pourvu qu'il s'en fasse une bonne évacuation. Cependant il y a d'autres femmes à qui les jambes enflent seulement à cause de leur débilité « *et non pour le sujet que nous venons de dire.* » Cette opinion de Mauriceau a formé celle des accoucheurs français; car, avant lui, on se rendait mieux compte de cet état morbide en le rapportant à une cause générale.[2]

Voici ce que dit Sydenham : « *Haud raro tamen fœminæ prægnantes* « *eodem tumore tentantur; pedibus cruribusque ad extremum extensis, in* « *abdomen ruunt aquæ, et ad ultimum capacitatis suæ limen paulatim* « *distendunt, donec tandem in viscera nobiliora impetu ab iis facto æger* « *submergitur..... Pro rata quæ partes a morbo obsessæ augentur mole,* « *aliæ magis magisque gracilescunt, urgentibus dyspnæa, urinæ paucitate,* « *et siti intensa. Causa hujusce morbi in genere sanguinis debilitas est.* » Mais, pour lui, cette altération, comme on le voit, n'est pas spéciale à l'état de grossesse.[3]

Puzos distingue de l'enflure ordinaire des extrémités « une autre enflure

---

1. De la Motte, Traité des accouchements, 1721.
2. Mauriceau, Maladies des femmes grosses, 1694.
3. Sydenham, *Opera universa*, 1754.

« de toutes les extrémités inférieures, qui est une vraie maladie dans « laquelle les femmes respirent mieux quand elles sont debout que lors- « qu'elles sont couchées. Cette enflure peut venir de la grosseur énorme « du ventre dans un terme de la grossesse où il devrait avoir moins « de volume ; elle peut encore être produite par un sang épais, pitui- « teux et ralenti dans son mouvement ; ce vice du sang donne lieu à « des engorgements, à des épanchements de la sérosité du sang dans « le tissu cellulaire, ou dans les grandes capacités...... La grossesse « arrive rarement au neuvième mois. Quand cette enflure, qui occupe « les jambes et les cuisses, monte aux reins pour y former ce qu'on « appelle le bourrelet et qu'elle gagne les parties supérieures, et bouffit « le visage et les mains, c'est une vraie Hydropisie, surtout si une « fièvre lente et l'altération l'accompagnent.... Mais si, malgré ces re- « mèdes qui ont réussi nombre de fois, l'enflure augmentait, que la « respiration devînt de plus en plus difficile, que la peau fût tendue « énormément, qu'il y eût une grande quantité d'eau répandue dans « les cellules graisseuses, on aurait lieu de craindre un épanchement « dans quelques-unes des capacités. » On nous pardonnera, nous l'es- pérons, d'avoir reproduit le passage en entier; il n'a pas besoin de commentaire.[1]

Astruc se contente de dire que la pression de l'utérus sur les vaisseaux veineux produit les varices, et sur les vaisseaux lymphatiques, l'œdème. A propos des règles immodérées, il dit que les malades finissent par tomber dans un état *cachectique*, dans lequel il y a plus de lymphe et de sérosité dans les vaisseaux que de sang. Peu à peu, par la continuation du mal, l'œdème augmente et devient universel; le bas-ventre et la poitrine peuvent aussi devenir le siége d'épanchements.[2]

L'œdème des grandes lèvres, dit Levret, est familier aux femmes qui sont enceintes de plusieurs enfants; mais il est presque toujours

---

1. Puzos, Traité des accouchements, 1759.
2. Astruc, Des maladies des femmes, 1765.

accompagné pour lors de l'enflure des cuisses, des jambes et des pieds; il reconnaît pour cause la pression exercée par l'utérus sur les vaisseaux lymphatiques.[1]

Rœderer est assez vague : « *gravidis vero primum abdomen tumet, pedes* « *ultimis demum mensibus.... Symptomata morbosa in hydrope quotidie* « *augentur, in gestatione vero vel minuuntur, vel penitus cessant.* » Il est permis de croire, d'après ces mots, que cet auteur le rattachait à une cause mécanique, dont l'action cessait après l'accouchement.[2]

Thebesius n'a fait, pour ainsi dire, que copier Mauriceau; c'est assez dire quelle était son opinion.[3]

Smellie, également, attribue l'enflure des extrémités inférieures à la pression de l'utérus sur les veines iliaques; si elle gagne les cuisses et la partie inférieure du ventre, il faut en venir à la saignée, parce que cette sorte de gonflement œdémateux ne vient que de l'affaissement des vaisseaux et non pas d'un relâchement, tel que celui qui occasionne l'anasarque et la leucophlegmasie.[4]

Voici ce que dit Raulin : « L'œdème des membres inférieurs doit être « considéré comme une hydropisie..... Lorsque l'œdème des femmes en « couches se forme, il se porte quelquefois d'une extrémité à l'autre, « et revient à celle où il avait commencé; il se fait de la sérosité qui « produit l'œdème des métastases successives; elle se fixe enfin; les ma- « lades sont heureuses lorsque cela n'est pas dans les viscères..... » Comme causes il reconnaît : 1.° les tempéraments délicats et pituiteux; 2.° les grandes pertes de sang; 3.° la suppression des vidanges. L'auteur fait allusion plutôt à la phlegmasie blanche qu'à la cachexie séreuse.[5]

---

1. Levret, L'art des accouchements, 1766.
2. Rœderer, *Elementa artis obstetricæ.* Gœttingue, 1766.
3. Thebesius, *Hebammenkunst. Liegnitz*, 1767.
4. Smellie, Traité de la théorie et pratique des accouchements; trad. par M. de Préville, 1771.
5. Raulin, Traité des maladies des femmes en couches, 1771.

Ch. White recommande aux femmes enceintes de se coucher plusieurs fois dans la journée, quand elles sont arrivées aux derniers mois, pour éviter les enflures de jambes, qui sont alors si ordinaires; on peut supposer qu'il les rattache à une cause mécanique.[1]

Lefebure fait un peu le charlatan quand il donne des remèdes spéciaux pour l'œdème des jambes qui disparaît dans la nuit, pour celui qui persiste, pour l'œdème de la vulve, pour les varices des jambes, pour celles de la vulve. Quand l'enflure des pieds, des jambes et des cuisses se montre après l'accouchement, elle est due : 1.° à une perte de sang; 2.° à la suppression des lochies; 3.° ou à un dépôt de lait.[2]

Goubelly attribue l'infiltration séreuse à plusieurs causes : compression de la matrice sur les veines iliaques; volume excessif de cet organe; petitesse de la femme; abus de l'eau; constriction des diverses parties du corps par les vêtements. Les femmes blondes et pâles y sont plus sujettes : suit l'exposé des symptômes que présente la maladie, alors que l'œdème est devenu général. L'œdème du poumon produit quelquefois l'avortement; pour peu qu'il y ait de préparation à l'accouchement, il faut l'accélérer; la mère et l'enfant exigent les secours les plus prompts. Dès que la femme s'aperçoit, pendant sa grossesse, que les urines diminuent, elle devra chercher à se préserver de l'œdème. Pendant les couches, les maladies séreuses primitives sont rares; d'ordinaire, elles sont la suite de la grossesse. Quand l'œdème se déclare dans les quatre, cinq premiers jours aux membres supérieurs, il ne faut pas s'en inquiéter. — C'est l'auteur qui a le mieux compris la maladie; mais il partage les idées généralement reçues, et ne recherche pas la véritable cause.[3]

Mursinna paraît attacher peu d'importance à l'œdème, soit local, soit universel; il en attache davantage à l'influence de l'ascite sur l'ac-

---

1. Ch. White, Avis aux femmes enceintes et en couches: trad. de l'anglais, 1774.
2. Lefebure, Le manuel des femmes enceintes, 1777.
3. Goubelly, Connaissances nécessaires sur la grossesse, 1785.

couchement qu'elle peut provoquer; elle nuit à l'accroissement du fœtus, elle peut déterminer l'inertie de la matrice et des muscles abdominaux, et donner lieu à un travail long et pénible; cette inertie doit être attribuée à un *sang pauvre et altéré.*[1]

Quoiqu'il parle à peine de l'œdème des extrémités inférieures, Hamilton recommande cependant la saignée, quand il y a des signes évidents de plénitude générale « pour prévenir les effets dangereux qui pourraient « être la conséquence de cet état après l'accouchement. » — Cet état mérite donc quelque considération.[2]

D'après Chambon, la cause la plus ordinaire de l'œdème, et en général des hydropisies qui surviennent pendant la grossesse, serait la pléthore, et la cause déterminante de l'œdème des extrémités inférieures, l'obstacle à la circulation veineuse, par la compression de l'utérus. Cependant il est des femmes infirmes ou faibles qui sont attaquées d'œdème; cet accident tire alors son origine de la faiblesse des vaisseaux, surtout des veines, faiblesse quelquefois telle, que le sang, indépendamment de l'effet d'une compression étrangère, séjourne dans les parties inférieures, faute d'action capable de le faire retourner au cœur. C'est donc à la faiblesse organique qu'il faut attribuer cet état pathologique. La constitution humide des femmes les rend sujettes à toute espèce d'hydropisies.[3]

La compression des vaisseaux par l'utérus est encore donnée comme cause par Antoine Petit; cet œdème disparaît quelque temps après l'accouchement; quand il s'étend aux aînes, aux reins, au ventre, le pronostic est très-fâcheux. Chez les nouvelles accouchées, l'œdème des jambes est encore plus communément la suite des pertes, ce n'est pas inquiétant, et exige seulement un régime restaurateur.[4]

---

1. Mursinna, *Abhandlung von den Krankheiten der Schwangern, Gebärenden*, etc., 1792.

2. Hamilton, Traité des maladies des femmes et des enfants, 1798.

3. Chambon, Des maladies des femmes; 2.e édition, an VII.

4. Antoine Petit, Traité des maladies des femmes enceintes et des femmes en couches, an VII.

Vigarous explique l'œdème des femmes grosses par la compression de l'utérus sur les veines iliaques et sur les vaisseaux lymphatiques; il est œdémateux ou variqueux, ou les deux ensemble. Cependant il croit que lorsque cette affection est entretenue par un *état cachectique*, qu'il y a *dissolution des humeurs*, l'accouchement ne la guérit pas, et qu'elle devient quelquefois mortelle. Comme on voit, il a soulevé un des coins du voile. [1]

Gardien attribue également cet œdème de jambes à la compression des vaisseaux veineux et des vaisseaux lymphatiques; mais il reconnaît un autre œdème par atonie, qui arrive chez les femmes faibles : par leur constitution, les femmes sont naturellement plus disposées à l'infiltration; cette disposition est encore plus marquée pendant la grossesse, qui fait prédominer les fluides blancs. Celles qui portent des enfants volumineux, qui ont eu plusieurs couches, y sont plus exposées. Les varices sont dues à la même cause mécanique; mais il faut que les vaisseaux y soient prédisposés par leur faiblesse naturelle ou accidentelle. Quand une femme a éprouvé une perte violente à la suite de ses couches, on voit souvent l'anasarque et l'hydropisie se déclarer. (L'anasarque ou cachexie séreuse, à la suite de perte sanguine, doit être distinguée de la cachexie primitive, idiopathique.)[2]

M.me Boivin dit peu de chose : l'œdème affecte plus particulièrement les pieds, les jambes, les cuisses et la vulve chez les femmes lymphatiques : il est dû 1.° à la faiblesse générale; 2.° à la pression des vaisseaux veineux et lymphatiques, par le volume et le poids de l'utérus. [3]

Osiander l'attribue à la compression des veines. [4]

Dugès trouve que la pression de l'utérus est une cause insuffisante pour expliquer l'œdème, les varices et les hémorrhoïdes; dans les cas

---

1. Vigarous, Cours élémentaire des maladies des femmes, 1801.
2. Gardien, Traité complet des accouchements, 1816.
3. M.me Boivin, Mémorial des accouchements, 1817.
4. Osiander, *Handbuch der Entbindungskunst. Tübingen*, 1820.

d'inclinaison, en effet, les accidents ne devraient se montrer que d'un côté; d'ailleurs, l'œdème devient souvent général, toute l'économie participe au mal; il faut reconnaître l'existence d'une *pléthore séreuse*, que Chaussier attribua à la gêne mécanique de la respiration, et à l'imperfection de l'hématose, qui en est le résultat nécessaire. La soustraction des éléments solides du sang, au profit du fœtus, lui explique assez pourquoi chez la mère le sérum est en surabondance.[1]

Wigand ne laisse pas que d'être obscur et difficile à comprendre; il s'applique surtout à montrer l'influence qu'exerce l'œdème, soit local, soit général, sur les contractions de l'utérus, et sur la marche de l'accouchement; il admet une sorte de pléthore séreuse, à laquelle il donne le nom de *Volllymphigkeit;* dans le degré le plus grave de la maladie, la matrice peut devenir elle-même le siége d'une infiltration séreuse.[2]

Nous trouverons encore un partisan des obstacles mécaniques dans Bordot, qui conseille aux femmes enceintes de porter des jarretières *élastiques*, pour éviter les engorgements œdémateux et les dilatations variqueuses, qui sont le résultat nécessaire des autres.[3]

Jörg explique aussi par la pression de l'utérus, l'œdème local des extrémités inférieures; il n'est pas inquiétant, mais s'il gagne les grandes lèvres, la mère souffre, le travail s'en ressentira. Pendant la grossesse, le traitement ne peut être que palliatif.[4]

On est étonné de voir Siebold faire deux maladies distinctes de l'anasarque et de l'hydropisie de poitrine, dont peuvent être atteintes les femmes au moment du travail. Il énumère toutes les causes qui peuvent donner lieu à l'hydropisie, ces causes sont presque toutes de

---

1. Monneret et Fleury, Comp. de méd. prat.; tome I, p. 106.
2. H. Wigand, *Die Geburt des Menschen; herausgegeben von* Nægele. Berlin, 1820.
3. L. Bordot, Instructions sur la santé des femmes enceintes, 1820.
4. Geoffroy Jörg, *Handbuch der Krankheiten des Weibes*, 1821.

nature débilitante; il n'oublie pas dans sa liste les causes mécaniques, et surtout la pression de l'utérus sur les vaisseaux lymphatiques.[1]

Quant à l'infiltration, à la *pléthore séreuse,* dit M.[me] Lachapelle, on conçoit qu'elle dispose à l'apoplexie séreuse; et si l'on admet qu'elle dépend de la compression des vaisseaux pelviens, on comprendra mieux encore cette prédisposition. La pléthore séreuse peut être considérée comme cause efficiente de l'éclampsie.[2]

William Dewees reconnaît deux espèces d'œdème : 1.° celui qui dépend d'une cause mécanique; simple suite de la grossesse, il se dissipe souvent quelques jours avant le début du travail, cependant il n'y faut pas toujours compter; 2.° celui qui dépend d'un état hydropique de toute l'économie: les efforts du médecin sont vains avant l'accouchement; il doit se borner à faire quelques mouchetures, même pendant le travail.[3]

A.C. Baudelocque est plus explicite: « On ne saurait soutenir aujourd'hui, « ce me semble, que dans tous les cas ces infiltrations des membres « inférieurs sont dues à la compression exclusive exercée par l'utérus « sur les vaisseaux lymphatiques : l'opinion de Chaussier nous paraît « plus vraisemblable... On ne peut plus mettre en doute l'existence de « ce changement des liquides, de cette *cachexie*... le nouvel état des « liquides est lié à l'existence même de la grossesse, il se rencontre « chez toutes les femmes, dans tous les lieux, dans tous les temps.[4] »

Dans son intéressant mémoire, M. Lasserre reconnaît que les infiltrations du tissu cellulaire sont dues à une pléthore séreuse; qu'elles peuvent disparaître pendant les couches, mais que, lorsque cette résolution s'opère trop brusquement, il peut se faire de véritables conges-

---

1. A. Elias von Siebold, *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten;* 2.e édit. Francfort, 1823.
2. M.[me] Lachapelle, Pratique des Accouchements, 1825.
3. William Dewees, *Die Krankheiten des Weibes;* trad. par Moser. Berlin, 1837.
4. A. C. Baudelocque, Traité de la péritonite puerpérale, 1830.

tions séreuses dans les cavités séreuses et dans les viscères importants. Comme on voit, il ne traite qu'un point de notre maladie.[1]

Après avoir avancé, il nous faut rétrograder avec M. Fabre, qui ne parle que de l'œdème de la vulve pendant la grossesse, œdème qui se produit, lorsqu'il existe un obstacle à la circulation, qui comprime les vaisseaux pelviens; la durée de la maladie est subordonnée à celle de l'existence de la cause.[2]

Nous sommes très-étonné de voir Meissner partager les erreurs de ses prédécesseurs, d'attribuer l'œdème à la compression de l'utérus sur les vaisseaux veineux et lymphatiques, de regarder comme très-rare l'infiltration générale, de ne pas en chercher la cause, de ne pas même soupçonner une altération des liquides.[3]

M. Jacquemier aussi s'est contenté de la compression de l'utérus, pour expliquer l'œdème local; quand il tend à envahir le corps, cela est dû à l'état de plénitude du système vasculaire, à ce que Chaussier appelle pléthore séreuse. Comme la gêne circulatoire est la même pour toutes les femmes, et que cependant peu d'entre elles sont infiltrées, il faut admettre des prédispositions. Les varices des membres inférieurs sont exclusivement déterminées par la compression de l'utérus.[4]

Ces infiltrations sont dues, d'après M. Thierry, à la *diathèse séreuse*[5], laquelle consiste sans doute dans la prédominance de l'élément séreux, avec ou sans excès d'albumine.... « Dans quelle circonstance de la « grande fonction, dont ces trois états forment la chaîne (gestation, « accouchement, puerpéralité), pourrait-on voir la cause de ce chan- « gement? On peut chercher à répondre à cette question par des hy- « pothèses : mais quant à y trouver une solution, je ne le crois pas

1. Lasserre, Mémoire sur les congestions séreuses métastatiques chez les nouvelles accouchées (Gaz. méd. de Paris, 1843).

2. Fabre, Bibliothèque du médecin praticien, 1843.

3. Meissner, *Frauenzimmerkrankheiten*, 1846.

4. Jacquemier, Manuel des accouchements, 1846.

5. Thierry, De la diathèse séreuse; thèse inaug. Strasbourg, 1845.

« possible. » C'est une phrase un peu hardie, comme nous le verrons.

Nous avons éprouvé un véritable plaisir à lire un article de Kiwisch, dans son ouvrage intitulé : « *Beiträge zur Geburtskunde.* » Il insiste sur les modifications profondes que subit le sang dans sa constitution par le fait même de la grossesse, et attribue à cette crase *séroso-fibrineuse*, à laquelle s'ajoute souvent la *polyémie*, presque tous les phénomènes sympathiques que l'on décrit à propos des maladies de la grossesse, mais que l'on a étudiés jusqu'à présent comme des phénomènes isolés. Il y a certainement un peu d'exagération dans ses propositions; mais il est dans le vrai, quand il dit que l'altération du sang est le fait fondamental, qui donne lieu à la production de certains phénomènes, entre autres à l'œdème des extrémités, à l'anasarque, en un mot à la cachexie séreuse. Quant aux varices, il prouve bien que l'on ne peut pas les attribuer à une cause mécanique, que la disposition de ces veines à devenir variqueuses reconnaît pour cause cette même *crase séreuse*, qui donne lieu à un relâchement des parois des vaisseaux, et que la position déclive des membres inférieurs explique suffisamment pourquoi ces derniers en sont le plus souvent le siége; elles diminuent par le repos, la position horizontale, et même se dissipent souvent pendant les couches.[1]

Scanzoni a fait une étude encore plus approfondie du sang, et parmi les différentes altérations que subit ce liquide par le fait de la grossesse, il décrit (v. p. 5) la *crase séreuse*, *die seröse Crase.* Malgré cela cet auteur ne peut s'empêcher d'accorder une certaine part dans la production de l'œdème à la compression des vaisseaux du bassin.[2]

M. Cazeaux reconnaît aux infiltrations séreuses des femmes enceintes des causes locales, mécaniques; puis des causes générales, qui sont au nombre de trois : 1.° la diminution de l'albumine; 2.° la pléthore séreuse; 3.° l'albuminurie. Ce n'est pas sans étonnement que nous

---

1. Fr. A. Kiwisch, *Beiträge zur Geburtskunde. Würzbourg*, 1848.
2. Scanzoni, *loc. cit.*

voyons cet auteur citer la conclusion de M. ANDRAL, et dire ensuite que ces modifications générales de l'organisme seraient, le plus souvent, insuffisantes à la production de l'œdème, si le développement de la matrice ne venait y joindre son action toute locale.[1]

La conclusion de M. ANDRAL, c'est que la diminution de l'albumine est la seule altération du sang, qui entraîne nécessairement à sa suite l'hydropisie.[2]

Étiologie.

Cette énumération, qui pourrait être plus étendue encore, pourrait déjà paraître trop longue, si elle n'était intéressante sous plusieurs rapports. Elle nous apprend en effet : 1.° que le plus souvent il n'est question que de l'enflure des extrémités inférieures et de la vulve; 2.° que des cas plus ou moins nombreux de cachexie séreuse ont été observés par ces auteurs, le peu de mots qu'ils disent à ce sujet le prouve assez; 3.° que cette maladie a été méconnue en ce sens, que les accidents observés n'étaient considérés que comme des complications, comme des phénomènes isolés, on n'a pas vu le lien intime qui les rattachait les uns aux autres; 4.° que cependant on a cherché à s'expliquer la production de ces accidents, soit pendant la grossesse, soit pendant les couches, par des causes générales; on a entrevu que dans cette période de la vie de la femme, l'organisme a subi des modifications particulières, qu'on a vaguement attribuées à des altérations de liquides sur lesquelles on a fait des hypothèses plus ou moins raisonnables.

Quant à l'infiltration des extrémités inférieures, elle était due à une cause toute mécanique. C'est MAURICEAU qui a fait naître cette hypothèse; avant lui on avait une idée plus nette de la cause; dans les derniers mois de la grossesse, disait-on, le volume de l'utérus

---

1. CAZEAUX, ouvr. cité.

2. ANDRAL, ouvr. cit.

est assez considérable pour exercer une pression sur les parties voisines et particulièrement sur les vaisseaux veineux; de là un obstacle à la circulation, obstacle qui est suivi de l'œdème des membres inférieurs; ou bien des varices qui produisent l'œdème consécutivement; ou bien il produit simultanément l'œdème et les varices. C'était une explication fort simple, fort naturelle, et qui devait satisfaire tous les esprits qui acceptent sans réfléchir : aussi a-t-elle traversé les siècles sans rencontrer la moindre opposition. Cependant allons au fond des choses et voyons si une cause mécanique seule peut nous rendre compte des faits que nous observons.

Quand une tumeur est assez voisine d'un vaisseau veineux pour exercer sur lui quelque pression, que doit-il arriver? Le premier effet sera évidemment de former un obstacle plus ou moins grand à la circulation; celle-ci sera ralentie, le sang sera plus longtemps en contact avec les parois du vaisseau, celui-ci contiendra bientôt, dans un espace donné, plus de liquide qu'il n'en contenait auparavant, et comme nous savons que les parois de ces vaisseaux sont extensibles, nous comprendrons que la veine se dilatera. Ainsi comme premier résultat nous aurons *une dilatation du vaisseau.* Mais continuons : l'obstacle à la circulation persiste et même il augmente, car dans le cas spécial nous avons affaire à une tumeur qui augmente de volume, dont la pression, par conséquent, doit être de plus en plus forte; il en résulte que la dilatation, toute locale d'abord, s'étendra successivement à tout l'arbre veineux de la région, et, pour le cas spécial, au système veineux superficiel des membres inférieurs; nous aurons ce qu'on a appelé improprement des *varices;* je dis improprement, car ce qui constitue essentiellement les varices, c'est une altération dans la texture des parois des veines, et ici cette altération manque; les membranes épaissies ont, dans toute leur circonférence et dans toute leur longueur, une uniformité d'épaisseur proportionnelle à leur diamètre, et elles la conservent toujours. Il faut donc bien distinguer la dilatation symptomatique des veines,

de leur dilatation morbide (Boyer[1]). Quand cette dilatation est arrivée à un certain degré, elle peut amener un peu d'empâtement, mais d'œdème point. Autrement les femmes atteintes de varices considérables devraient avoir les jambes fort enflées, tandis que nous voyons au contraire, quand l'œdème est assez prononcé, le système veineux superficiel comme s'effacer, et à la dissection les veines se présenter comme des cordons grêles, amincis, pâles, atrophiés. Voilà donc un autre fait bien établi : « *les varices des femmes enceintes, c'est-à-dire, la dilatation symptomatique de ces veines ne donne pas nécessairement lieu à l'œdème.* »

En supposant toujours que cet œdème qui survient dans les derniers mois de la grossesse, soit le résultat de la pression de l'utérus sur les gros troncs veineux, nous demanderons aux partisans de la théorie mécanique qu'ils nous expliquent la production du même phénomène dans les premiers temps de la gestation, alors que l'utérus n'a pas encore acquis un volume assez considérable pour exercer le même effet.

Nous allons plus loin, et nous disons que si ces varices étaient dues à la pression de l'utérus sur les veines, elles devraient se montrer bien plus souvent dans les premiers que dans les derniers mois de la grossesse. Il nous semble, en effet, qu'à trois mois environ, alors que l'utérus est encore contenu dans le petit bassin, qu'il remplit presque en entier, il est bien plus près des vaisseaux veineux de cette cavité; joignez à cela la constipation si fréquente à cette époque, et qui est déterminée par la pression de l'utérus sur le rectum, la gène circulatoire que subit le système veineux de cette région par la distension du gros intestin, n'y aurait-il pas là assez de causes mécaniques pour ralentir cette circulation, et produire les varices des parties génitales et des membres inférieurs? — Autre considération : Où ces dilatations variqueuses sont-elles d'ordinaire le plus marquées? quelle est

---

1. Boyer, Traité des maladies chirurgicales, t. II, 1845.

la marche qu'elles suivent dans leur développement? Là où est l'obstacle, là elles devraient être à leur summum, elles devraient suivre une marche régulière, s'étendant successivement à tout le système veineux des membres, tandis que d'ordinaire elles se montrent sous forme de nodosités flexueuses, disséminées; c'est surtout à la jambe, et au voisinage du creux poplité qu'elles sont le plus volumineuses.

Nous avons eu l'occasion de voir le 8 juillet une fille qui était enceinte pour la deuxième fois; elle n'a pas eu la moindre enflure, ni de varices pendant toute la durée de sa première grossesse; elle est actuellement à trois mois et demi à peine; la matrice est parfaitement dans sa direction, et cependant le membre inférieur gauche *seul* est parsemé de veines flexueuses et dilatées; mais la dilatation est surtout bien marquée près du creux poplité, et depuis la veille seulement elle est douloureuse; pas d'œdème, pas même d'empâtement; au membre inférieur droit, il n'y a rien du tout.

Puisque donc la pression de l'utérus sur les veines du bassin, et particulièrement sur les veines iliaques, peut produire, non pas l'œdème, mais tout au plus la dilatation du système veineux superficiel, ou ce qu'on appelle encore des varices, et que celle-ci n'a pas pour effet nécessaire d'amener l'œdème des parties voisines, il faut chercher ailleurs la cause de cette infiltration.

On a cherché à l'expliquer par la pression de l'utérus sur les vaisseaux lymphatiques. On ne peut nier, sans doute, qu'un obstacle à la circulation de la lymphe puisse produire de l'œdème; mais ce sera un œdème tout local, circonscrit à l'endroit où existe l'obstacle, tandis que nous avons affaire à un œdème dont le caractère est une tendance remarquable à envahir toute l'économie, et dans les cas où il ne se généralise pas, il est à noter que presque toujours les deux membres sont atteints et souvent à un degré tel que l'on ne peut songer à le rattacher à une cause toute locale.

Enfin, une dernière considération montrera comment l'on accepte souvent des explications sans rechercher si elles sont seulement admis-

sibles : il n'est arrivé à personne, en effet, l'idée de se demander si des tumeurs abdominales, par exemple, ne pourraient pas exercer quelque pression sur les vaisseaux, et produire le même effet que la matrice distendue. Eh bien, il n'est pas rare d'observer des tumeurs de l'ovaire énormes, comme enclavées dans le bassin, sans être suivies d'œdème ni de dilatation variqueuse. Dans les cas où de la sérosité est épanchée dans la cavité péritonéale, quelle qu'en soit la cause, on ne remarque jamais d'œdème, à moins qu'il n'existe une altération des liquides.

Concluons donc de ce qui précède que toutes les causes locales mécaniques, qui se résument dans la pression exercée par la matrice, tant sur les veines que sur les vaisseaux lymphatiques, sont insuffisantes pour nous expliquer par elles-mêmes l'œdème qui envahit les membres inférieurs dans les derniers mois de la grossesse. Il faut par conséquent reconnaître à la production de ce phénomène morbide des causes générales, que nous trouverons dans une altération du sang.

Nous avons vu plus haut (p. 3) que le sang est profondément modifié par le fait même de la grossesse : de tous ces changements résulte une *diathèse* qui prédispose à une véritable maladie; mais cette diathèse a besoin d'être bien caractérisée, puisqu'elle a jusque dans ces derniers temps reçu des noms impropres, montrant que l'on se faisait sur cette altération des idées bien vagues : désormais les mots de *pléthore, anémie, chlorose*, appliqués à la grossesse, doivent en général être rayés du langage hématologique.

S'il est vrai que pendant cette période l'état pléthorique peut se développer avec tous ses caractères, il ne l'est pas moins que ces cas sont loin d'être les plus nombreux, et ne peuvent être, par conséquent, regardés comme l'état normal. La grossesse tend plutôt à appauvrir le sang qu'à l'enrichir, cela est si vrai, qu'on l'a souvent comparé au sang des anémiques et des chlorotiques. Mais cette comparaison basée sur des phénomènes, en quelque sorte, extérieurs, ne peut soutenir un examen sérieux. Et d'abord l'*anémie* et la *chlorose,* dont on a

voulu faire deux maladies à part, sont deux états trop rapprochés pour qu'on puisse songer à les isoler : ce qui les caractérise, c'est la diminution des globules; les autres éléments conservent sensiblement leur chiffre, leur augmentation n'est donc que relative; et même si l'eau augmente réellement, ce n'est jamais à un haut degré. D'un autre côté, les sujets devenus anémiques par de grandes pertes de sang, par exemple, et les filles fortement chlorotiques devraient être très-infiltrés, ce qui est excessivement rare; c'est tout au plus si l'on remarque un peu de bouffissure autour des malléoles et à la face, voilà tout.

Hydroémie, pléthore séreuse (Chaussier, Dugès, M.me Lachapelle, Lasserre), *Crase séreuse* (Scanzoni), *Crase séroso-fibrineuse* (Kiwisch), sont des termes qui se rapprochent déjà davantage d'une définition, mais qui la laissent encore très-incomplète, en faisant supposer à tort que la seule altération consiste dans l'augmentation de la quantité d'eau. Tout en reconnaissant l'insuffisance du terme, nous nous décidons à conserver celui de *diathèse séreuse,* qui veut dire prédisposition aux infiltrations; cette dénomination a l'avantage de ne rien dire de la cause, d'indiquer seulement les effets; car encore une fois les altérations du sang sont ici multiples, et ne peuvent être exprimées toutes par un seul terme.

En quoi consiste maintenant cette prédisposition? De tout temps on a attribué certaines hydropisies à un *appauvrissement* du sang; de tout temps on s'est contenté d'une explication qui n'en est pas une, pourquoi? parce qu'on s'est servi d'un mot qui dit trop ou pas assez, et qu'on n'a pas voulu aller au fond des choses. Dans la *diathèse séreuse,* en effet, le caractère du sang est bien un appauvrissement; cependant ce n'est pas cette altération, dans sa totalité, qui prédispose aux infiltrations, autrement toutes les femmes enceintes devraient y être également prédisposées : ce ne peut donc en être qu'un des éléments; mais lequel? M. Andral[1] va nous l'apprendre.

Il va sans dire qu'il ne peut être question de la fibrine, puisque son

1. Ouvrage cité.

chiffre augmente ici; et que d'ailleurs sa diminution ne produit pas l'hydropisie.

La diminution des globules, pour peu qu'elle soit considérable, amène comme résultat nécessaire l'état hydroémique : dans quelles circonstances cette perte de globules s'observe-t-elle? La chlorose, l'anémie spontanée, la cachexie saturnine, la phthisie, une ancienne affection organique de l'estomac, des hémorrhagies répétées comme dans le cancer de l'utérus, l'anémie produite par une perte de sang abondante et subite : telles sont les maladies que M. Andral passe en revue, et dans lesquelles il n'a jamais observé d'hydropisie, à moins qu'il n'existât en même temps une maladie du cœur, du foie ou des reins : une première conclusion qu'il en tire c'est que « *lorsque* « *l'appauvrissement du sang tient à la seule diminution des globules, il n'en résulte pas généralement d'hydropisie.* »

Il n'y a donc plus que l'albumine, dont le chiffre puisse exercer quelque influence sur la production de ce phénomène. « *Il est une maladie qui, en même temps qu'elle ajoute aux matériaux ordinaires de l'urine une certaine quantité d'albumine, abaisse plus notablement qu'aucune autre le chiffre de l'albumine dans le sang : or, dans cette maladie, qui a le rein pour siége, un phénomène constant apparaît tôt ou tard, c'est une hydropisie plus ou moins générale . . . . qui augmente d'autant plus qu'il s'échappe des reins une plus grande quantité d'albumine, et qu'on en trouve moins dans le sang.* » Mais cette diminution d'albumine peut avoir lieu indépendamment de l'écoulement préliminaire de ce principe par l'urine, comme cela s'observe chez les individus de la race ovine, qui présentent des infiltrations séreuses : seulement chez l'homme on n'a pas encore observé des cas de ce genre. — L'hydropisie survenue à la suite de la scarlatine ou d'un refroidissement, comme dans l'observation qu'il rapporte, paraissent également reconnaître pour causes, au moins dans certaines circonstances, une diminution de l'albumine du sang; celle qui est amenée par de mauvaises conditions hygiéniques, une

alimentation insuffisante ou malsaine, s'explique de la même manière. Maintenant comment la diminution d'albumine produit-elle l'hydropisie? « *Est-ce là un cas d'exosmose favorisé par la diminution de densité* « *du liquide, ou bien l'eau du sang s'écoule-t-elle moins facilement dans* « *les réseaux capillaires, alors que, moins chargée d'albumine, elle est* « *devenue moins onctueuse et qu'elle glisse peut-être moins facilement* « *à la surface interne des vaisseaux?* » — Quoi qu'il en soit de cette explication, il n'en reste pas moins vrai, et c'est la seconde conclusion à laquelle arrive M. Andral, « *qu'il n'y a qu'une seule sorte d'altération de composition du sang, qui entraîne nécessairement à sa suite l'hydropisie; cette altération, c'est la diminution de l'albumine.* » — MM. Becquerel et Rodier sont parfaitement du même avis : « *considérée d'une manière générale, l'hydropisie est le caractère symptomatique de la diminution de proportion de l'albumine du sang.* ».

La diathèse séreuse est donc pour nous l'état normal du sang pendant la grossesse; mais sous l'influence de certaines circonstances, la diathèse peut amener *la cachexie ;* ces circonstances sont toutes de nature débilitante; tempérament lymphatique prononcé, couches antérieures, surtout si elles étaient aussi accompagnées d'infiltration; pertes de sang abondantes, nourriture malsaine ou insuffisante, mauvaises conditions hygiéniques, en général la misère; nous n'hésiterons pas à ajouter à la liste les chagrins, les soucis dont sont tourmentées bien des filles-mères, et qui ne laissent pas que de troubler à la longue les fonctions de nutrition; nous ferons remarquer, à cet égard, qu'autant la cachexie séreuse est rare dans la pratique civile, autant elle se présente avec des caractères tranchés dans les hôpitaux : nous ajouterons encore, qu'il est des années où l'on en a observé sept, huit cas dans notre clinique, et d'autres où l'on en a rencontré à peine un, ce qui tend à prouver que certaines influences météorologiques peuvent y prédisposer.

Eh bien, tant que le sang conserve ce que nous appelons son état normal pendant la grossesse, la *diathèse séreuse* persiste; mais

lorsque les jambes commencent à enfler, que cet œdème montre de la tendance à gagner, la *cachexie* se développe, et lorsque l'œdème est arrivé à un degré assez avancé pour entraver le jeu des principales fonctions, la cachexie est bien déclarée. Voyons maintenant la marche qu'elle suit dans son développement.

Marche. — Symptômes.

La cachexie séreuse se développe ordinairement pendant la grossesse; d'autres fois elle ne se montre qu'après l'accouchement. C'est un fait sur lequel nous aurons plus d'une fois l'occasion de revenir.

Elle peut se présenter sous deux formes différentes, selon que sa marche est aiguë ou chronique (lente), et l'on peut en distinguer trois degrés, suivant qu'elle se borne aux extrémités (œdème), ou qu'elle s'étend à toute la superficie du corps (leucophlegmasie), ou enfin qu'elle envahit aussi les cavités séreuses et le tissu cellulaire interstitiel des organes (hydropisie générale).

A. Forme chronique ou lente.

Premier degré :

Presque toujours l'enflure commence par les extrémités inférieures; le dos des pieds, les malléoles sont d'abord bouffis; mais bientôt l'œdème se prononce davantage; il s'étend à tout le pied, à la jambe, au genou; les veines superficielles s'effacent au point de disparaître presque complétement; la peau, de pâle qu'elle était, devient d'un blanc mat; elle est encore insensible à la pression; mais elle est molle et conserve l'empreinte des doigts; les saillies et les creux disparaissent; l'œdème, continuant à progresser, envahit la cuisse sans suivre le trajet des veines, mais en comprenant toute la circonférence du membre, et s'arrête, pour ainsi dire, à l'arcade fémorale; alors les mouvements,

tant libres que communiqués, qui avaient été lourds, difficiles, pénibles sont devenus tout à fait impossibles, la jambe est étendue sur la cuisse, la malade y ressent une pesanteur inaccoutumée, parfois des douleurs vagues; et comme elle est condamnée à l'immobilité, elle est au bout d'un certain temps fatiguée et désire un changement de position, ce qui occasionne de nouveaux tourments. On comprend que l'œdème, tout en envahissant les membres entiers, peut être léger comme il peut atteindre un haut degré, au point que les extrémités acquièrent un volume énorme, et il est inutile d'ajouter que les incommodités qui en résulteront pour la femme, sont en rapport avec le degré d'infiltration. Il n'est pas rare que l'œdème gagne aussi la vulve et inquiète beaucoup la femme; cependant, à moins que les grandes lèvres ne soient distendues d'une manière démesurée, cet état n'offre pas de gravité.

Quand l'œdème ne siége ainsi qu'aux extrémités inférieures et à la vulve, il constitue le premier degré de la maladie : l'affection est toute locale; les fonctions s'exécutent librement; il n'y a pas d'accident sérieux à craindre, et les femmes, d'ordinaire, arrivent à terme. L'œdème peut disparaître subitement peu de temps avant le travail, soit d'une manière définitive, soit pour reparaître pendant les couches; mais il peut aussi persister jusqu'après l'accouchement, et celui-ci, une fois achevé, il se dissipe en général assez rapidement. L'accouchement lui-même ne s'en ressent guère, si ce n'est que la tête peut éprouver un peu de difficulté au passage, à cause de la distension des lèvres de la vulve. Il est à remarquer cependant que, loin de nuire au développement du périnée, cette cloison se rompt moins facilement quand elle est ainsi infiltrée que dans les cas ordinaires; c'est un fait qui a été remarqué plus d'une fois à la clinique.

Deuxième degré :

Dans d'autres cas, l'œdème, au lieu de se dissiper, tend à gagner au contraire, de manière à ce qu'au bout d'un temps variable le tissu

cellulaire sous-cutané de toute la surface du corps soit infiltré; c'est une véritable *leucophlegmasie;* mais disons de suite qu'il n'y a là aucun travail inflammatoire, pas de réaction fébrile comme semblerait l'indiquer le nom. Quand l'œdème présente ainsi une tendance à se généraliser, il met ordinairement moins de temps à envahir la totalité des membres inférieurs et la vulve; il gagne bientôt les parois abdominales, en commençant par les parties les plus déclives et forme ce qu'on appelle le bourrelet sus-pubien; il peut bien se faire un peu d'épanchement dans la cavité abdominale; mais cela est rare, et en tout cas la quantité en est toujours faible; l'infiltration reste toujours à la superficie dans le tissu cellulaire sous-cutané. Après avoir envahi les parois abdominales, on le voit se manifester d'ordinaire, et tout à coup, aux extrémités supérieures; les doigts deviennent raides; ils s'enflent; ils ne peuvent plus se fléchir; le dos de la main se bouffit; la peau s'élève et devient comme transparente; toute la main ne tarde pas à être prise; mais c'est la partie dorsale qui reste le plus enflée; la malade ne peut plus la fermer; le poignet, l'avant-bras, sont envahis à leur tour, et d'ordinaire l'œdème ne franchit pas le coude; notons aussi qu'il est relativement moindre qu'aux extrémités inférieures; il a, du reste, les mêmes caractères; la peau est d'un blanc mat, molle, conserve l'impression des doigts; la malade a de la peine à soulever les bras; ils sont lourds. En même temps la face s'entreprend; ce n'est d'abord qu'une légère bouffissure qu'on remarque en pressant entre les doigts les joues pendantes des malades. Cette bouffissure s'étend à toute la face, mais particulièrement aux paupières, tant supérieures qu'inférieures; elles deviennent assez rapidement volumineuses, comme translucides, recouvrent entièrement les globes oculaires, empêchent, jusqu'à un certain point, la vision; les lèvres sont pâles et n'échappent pas au mal; elles peuvent devenir énormes, au point d'empêcher les pauvres malades d'écarter les mâchoires; la physionomie devient ainsi méconnaissable, et quand le mal est arrivé au plus haut degré, les saillies du nez, des pommettes, des arcades orbi-

taires disparaissent; la figure prend l'aspect d'une boule, où il est difficile de reconnaître quelque chose d'humain. Hâtons-nous de le dire, ce cas est heureusement assez rare.

Quand l'œdème, dont le siége, nous le répétons, est toujours le tissu cellulaire sous-cutané, est ainsi devenu général, les malheureuses malades éprouvent de cruelles souffrances; une pesanteur générale, de la tension, des douleurs vagues dans les membres; il leur semble que tout le corps est distendu par de l'air; une respiration difficile, anxieuse, des oppressions, des menaces d'asphyxie et de syncope, faciles à comprendre si l'on songe que, d'une part, l'utérus en refoulant le diaphragme, empêche la dilatation complète des poumons, et que de l'autre, l'œdème de la face s'oppose plus ou moins à l'entrée de l'air dans les voies supérieures. Dans cet état, les femmes sont véritablement malades; l'appétit se perd; les digestions se font mal; il y a quelquefois des nausées; l'estomac devient souvent réfractaire à toute espèce de médicament; la langue se recouvre d'un enduit blanchâtre, mais rarement épais; la soif peut devenir très-vive; les selles sont rares ou bien un peu diarrhéiques, séreuses; les urines sont rares, d'une coloration rouge foncée; mais elles peuvent dans d'autres cas être assez copieuses, très-claires, albumineuses; quand elles présentent ces derniers caractères, cela est un signe favorable, indiquant un commencement de résolution. S'il arrive de rencontrer du développement, de la largeur dans le pouls, cela est rare; le plus ordinairement le pouls est petit, misérable, lent; les malades sont fatiguées, faibles et souvent inquiètes; le progrès continuel du mal leur fait craindre une issue funeste, d'autant plus douloureuse qu'elles souffrent déjà beaucoup et qu'elles prévoient des souffrances encore plus cruelles.

Il n'est pas étonnant d'après cela que les femmes, lorsqu'elles sont arrivées à ce deuxième degré de la maladie, aient beaucoup de peine à atteindre le terme de leur grossesse. D'ordinaire, l'hydropisie générale elle-même, par ses progrès, provoque l'accouchement à la fin du huitième mois, ou bien peut mettre l'accoucheur dans la nécessité

de provoquer et de terminer promptement le travail. Celui-ci ne se fait plus aussi facilement que dans le premier degré; la malade est faible; il semble que cette accumulation de sérosité ait rendu les fibres musculaires inertes; il n'y a pas d'énergie; les menaces de syncope, d'asphyxie, rendent le travail très-pénible et souvent l'on est dans le cas d'intervenir très-promptement; mais, une fois l'accouchement terminé, il se passe quelque chose de très-remarquable. Cette infiltration générale se dissipe, on pourrait dire, comme par enchantement; cette masse considérable de liquide qui donnait au corps un volume énorme, met souvent moins de dix jours pour disparaître complétement; mais on chercherait alors en vain la graisse et les muscles; ces derniers sont grêles, atrophiés; la pression continuelle qu'ils subissaient de la part du liquide et l'inaction à laquelle ils avaient été condamnés pendant si longtemps expliquent assez ce résultat; le corps paraît énormément amaigri; les malades semblent n'avoir que la peau sur les os.

Jusqu'ici nous avons vu l'œdème se déclarer pendant la grossesse, persister et même augmenter, devenir général jusqu'après l'accouchement, puis se dissiper plus ou moins rapidement pendant les couches; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il n'est pas rare de voir des femmes traverser toute la période de la gestation, sans avoir aucune enflure, et être atteintes d'infiltration seulement après l'accouchement. L'œdème envahit assez rapidement les membres inférieurs et la vulve; il peut se borner là; mais il peut aussi devenir général et se présenter de suite avec les caractères du deuxième degré; alors l'anasarque offre plus de gravité que lorsqu'elle s'était développée pendant la grossesse, parce que, d'ordinaire, sa marche est plus rapide. Les observations ne manquent pas à cet égard, et pour ne pas répéter ce qui a été dit dans la partie historique, nous nous bornerons à quelques citations. Ainsi, Mercatus, lui, ne parle que de l'œdème et de l'anasarque qui se déclarent après l'accouchement. Sennert dit : « *et interdum tantus excitatur tumor ut in majorem molem is assurgat, quam postremo graviditatis tempore.* Raulin, Petit, Gardien, parlent également de ces acci-

dents qui surviennent pendant les couches; mais n'y attachent que peu d'importance.

En disant plus haut que l'œdème local peut disparaître avant le travail, nous avons laissé entrevoir que souvent il ne fait que diminuer et se développer à un plus haut degré pendant les couches. Ainsi, Smellie rapporte l'observation d'une femme primipare, lymphatique, atteinte depuis le septième mois d'un œdème considérable des extrémités inférieures et de la vulve. Quelques mouchetures l'ont fait diminuer un peu. A la fin du huitième mois elle accouche après un long travail d'un enfant très-petit, qui meurt quelques semaines après. L'œdème qui avait déjà diminué, se dissipe presque complétement en quelques jours; la malade se trouve bien pendant les trois premières semaines; tout à coup l'œdème reparaît, se généralise et la fait succomber au bout de trois semaines. Vigarous cite le cas d'une femme qui accoucha fort heureusement, mais chez laquelle il se déclara une anasarque générale, avec suppression des lochies que rien ne put rappeler, et qui périt misérablement. Il est inutile de multiplier de pareils exemples.

Si maintenant nous résumons ce que nous venons de développer, nous trouverons un argument puissant en faveur de notre opinion, à savoir que les infiltrations, soit qu'elles se bornent aux extrémités inférieures, soit qu'elles deviennent générales, ne peuvent être attribuées à une cause locale, mais qu'elles sont bien le fait de la grossesse, qu'il faut les rapporter à une cause générale, à une altération de la masse totale du sang. 1.° l'œdème peut se développer pendant la grossesse et disparaître après l'accouchement; 2.° il peut ne se manifester que pendant les couches. Nous nous sommes assez étendu là-dessus, et nous avons, ce nous semble, bien prouvé que l'action mécanique de l'utérus n'est pas admissible pour expliquer la production de l'œdème dans le premier cas; il est évident que dans la seconde, cette action doit être nulle.

Il nous reste à réparer ce qui pourrait être considéré comme un

oubli: nous voulons parler d'un accident dont il est presque toujours question dans les livres, à propos de l'œdème des femmes enceintes, à savoir de l'*éclampsie.* Les limites de notre travail ne nous permettent pas d'entrer dans de longues considérations à ce sujet; nous ferons remarquer seulement : 1.° que d'ordinaire l'éclampsie n'atteint que les primipares, tandis qu'un plus grand nombre de couches est une circonstance qui favorise beaucoup le développement de la cachexie séreuse; 2.° que si les femmes éclamptiques sont toutes plus ou moins infiltrées, il y en a un nombre bien plus grand qui sont atteintes d'infiltrations considérables et chez lesquelles on ne voit survenir aucun accès; l'éclampsie est un accident très-rare, puisque sur un relevé de 38,306 accouchements (Cazeaux), on n'en a observé que 70, c'est-à-dire environ 1 cas sur 485[1]; comparez ce nombre avec celui des femmes atteintes d'infiltrations locales ou générales!

Troisième degré :

La disparition de l'anasarque, après l'accouchement, est le fait ordinaire; lorsqu'elle ne s'effectue pas, la maladie arrive au troisième degré, qui est le plus grave. C'est alors qu'on voit survenir ces accidents redoutables, ultimes, qui deviennent souvent, quoi qu'on fasse, promptement funestes. Nous voulons parler des épanchements qui se font dans les cavités séreuses, et de l'infiltration du tissu cellulaire interstitiel des organes qu'elles renferment.

Il se fait dans la cavité abdominale un épanchement souvent très-considérable et cela dans un court espace de temps; on comprend facilement les funestes effets qui doivent en résulter pour le fœtus. — Mais, chose remarquable, cet épanchement peut être accompagné d'une véritable infiltration du tissu cellulaire interstitiel de la matrice. Wigand qui, du reste, est obscur et difficile à comprendre, donne une

---

1. Il est vrai que les cas observés à notre clinique sont beaucoup plus fréquents; on y compte au moins une proportion de 1 sur 40!

description assez nette de cet état : à l'entrée du vagin, on trouve cette partie plus grande et plus large que d'ordinaire; ses parois sont un peu tendues, mais la température n'en a pas changé; l'orifice utérin est épais, comme boursouflé, tendu, lisse, donnant au toucher la sensation du trou d'un pessaire en cire bien poli; il a, malgré cela, une certaine mollesse œdémateuse, élastique, comme si sous la muqueuse mince se trouvait une légère couche de liquide. — Des cas pareils se sont offerts à l'observation de M. Stoltz, et notre savant professeur ajoute que ce qui a lieu pour le col, se présente également pour le corps de la matrice. Enfin, l'œuf lui-même peut être distendu par une véritable hydropisie de l'amnios.

Si l'on se représente maintenant la cavité abdominale, distendue par une masse de liquide, celui-ci pressant de toutes parts la matrice, et l'empêchant de se développer; les fibres de l'utérus devenues inertes par le contact prolongé du liquide épanché dans leurs insterstices; l'épuisement de la mère joint à l'impossibilité matérielle où elle se trouve de faire jouer ses muscles, on comprendra sans peine les dangers qui menacent la mère et l'enfant au moment de l'accouchement, qui arrive presque toujours avant terme.

La péricarde aussi peut devenir le siége d'un épanchement plus ou moins considérable; mais il n'en faudra pas une grande quantité pour déterminer de graves accidents, chez des personnes déjà affaiblies, dont le sang est profondément altéré, la circulation troublée, ralentie, et qui sont sous l'imminence continuelle d'une syncope.

On ne peut mettre en doute la gravité des accidents qui surviennent lorsque le cerveau est envahi par le mal; le liquide s'épanche dans l'arachnoïde, ou bien infiltre le tissu cellulaire sous-jacent; bien rarement les malades en reviennent. M. Lasserre en a réuni un certain nombre de cas dans son mémoire; mais presque toujours l'explosion des accidents avait été précédée d'une diminution, ou même de la disparition complète de l'infiltration, laquelle, remarquons-le bien, n'occupait que les extrémités inférieures; aussi les considère-t-il comme

des congestions métastatiques. Mais lorsque la cachexie passe du deuxième au troisième degré, les accidents cérébraux ne se déclarent pas, en général, d'une manière aussi brusque; l'infiltration, qui jusqu'alors était extérieure, envahit les organes internes, il n'y a là qu'un fait d'extension. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir les malades atteintes de ce coma, que M. Lasserre donne comme signe pathognomonique de l'épanchement arachnoïdien; une fois entre autres, cette somnolence a été si évidente, que l'existence de l'épanchement, vérifiée plus tard par l'autopsie, a pu être annoncée au lit de la malade; mais il ne faut pas confondre le coma avec cette somnolence dans laquelle sont plongées les malades, par le seul fait de leur faiblesse générale, et qui n'est pas moins inquiétante, car elle indique presque toujours que le mal est arrivé à son dernier terme.

Voilà certes de bien tristes tableaux; mais ce n'est rien encore en comparaison de ceux qu'il nous reste à tracer, et qui se déroulent lorsque c'est la cavité thoracique qui est envahie par le liquide. La marche des accidents varie du reste beaucoup : 1.° tantôt, en effet, il y a seulement épanchement dans une des plèvres, mais le plus souvent dans les deux; 2.° tantôt c'est le tissu cellulaire sous-pleural, qui est infiltré, ou le tissu cellulaire interstitiel des poumons, c'est-à-dire que l'œdème des poumons se développe; 3.° l'épanchement peut être suivi de l'œdème, et réciproquement l'œdème peut être suivi de l'épanchement; 4.° il est rare que l'un des côtés de la poitrine soit seul malade.

Chez une femme dont nous rapporterons l'observation, et que nous avons eue sous les yeux pendant plusieurs mois, les phénomènes ont pu être suivis pas à pas, au moyen de la percussion et de l'auscultation; nous en parlerons plus bas. Nous n'insisterons pas sur les signes stéthoscopiques, à l'aide desquels on pourra reconnaître l'épanchement, ils sont trop connus, et d'ailleurs, nous sortirions des limites de notre cadre; mais nous croyons devoir attirer l'attention sur une particularité qui nous a frappé plus d'une fois. Quand les poumons sont atteints d'œdème, on entend parfois un véritable râle crépitant,

à bulles fines, nombreuses, égales, en tout analogue au râle pneumonique. Nous sommes porté à croire que Thierry, en citant la pneumonie comme une complication, s'était laissé induire en erreur par ce phénomène d'auscultation : d'ailleurs, la pneumonie s'accompagne d'ordinaire d'un cortége de symptômes auxquels il est difficile de se méprendre, et qui manquent complétement ici. — Quand les organes thoraciques sont entrepris, on voit ces pauvres femmes épuisées, étouffant presque sous le poids du liquide qui inonde toute la surface de leur corps, être en proie à des anxiétés continuelles terribles, menacées à chaque instant d'asphyxie; d'une part, en effet, le refoulement du diaphragme, soit par le liquide épanché dans la cavité péritonéale, soit par la distension seule de l'utérus; de l'autre, l'œdème de la face, auquel vient maintenant s'ajouter la maladie de l'organe essentiel à la respiration; notons encore l'inertie de toutes les fibres musculaires, par le fait de l'infiltration générale, inertie qui rend presque impossible la dilatation de la cage thoracique. Ces malheureuses alors sont obligées de quitter la position horizontale, pour rester assises jour et nuit, sous l'imminence continuelle de l'asphyxie ou d'une syncope, au moindre mouvement qu'elles feront pour se procurer un peu de soulagement; les unes soupirant après une mort qui tarde trop; d'autres, plus résignées, jetant seulement un regard qui exprime bien tout ce qu'elles souffrent, au médecin qui est à leur chevet et que l'impuissance de l'art condamne à une désespérante inaction; enfin, nous en avons vu chez lesquelles venaient se joindre des tourments d'une autre nature et non moins cruels; la gravité de leur position, dont elles avaient connaissance, semblait avoir rendu plus vif, chez elles, le sentiment de la maternité, et elles demandaient qu'on prolongeât leur existence déjà si pénible, afin que leur enfant fût sauvé!

Les autres fonctions ne laissent pas que d'être influencées par une maladie devenue aussi générale, nous l'avons déjà constaté pour le deuxième degré, mais ici les phénomènes sont plus marqués et plus

graves. La soif devient très-vive, l'appétit presque nul; tout ce que les malades avalent, médicament ou aliment, provoque des nausées fatigantes et même des vomissements, ces derniers augmentent encore beaucoup les menaces d'asphyxie, comme on peut le voir dans notre observation VII.e; il n'est même pas rare de voir des femmes succomber au milieu de ces efforts. Les urines sont tantôt rares, d'une coloration rouge foncée, tantôt copieuses, parfaitement transparentes, d'un aspect comparable à celui du petit-lait clarifié; enfin elles contiennent de l'albumine, mais rarement en quantité considérable, et il est à remarquer que les urines albumineuses, un jour, peuvent le lendemain ne fournir aucun précipité par l'acide nitrique; du reste, elles peuvent être albumineuses dans tous les degrés de la maladie. — Les selles sont diarrhéiques, très-séreuses, parfois abondantes; le pouls est lent, faible, filiforme, misérable.

Nous avons vu que dans le deuxième degré, les femmes arrivent rarement à terme, à plus forte raison en est-il de même dans le troisième, mais ici les dangers sont plus grands et pour la mère et pour l'enfant. La mère, en effet, n'arrive souvent pas au huitième mois; elle peut mourir subitement, comme nous venons de le voir; le fœtus, qui déjà doit se ressentir des souffrances de la mère, reçoit d'elle un sang profondément altéré, qui devient de moins en moins vivifiant, enfin l'épanchement abdominal s'oppose au développement complet de l'utérus.

M.me Lachapelle cite l'observation d'une femme robuste de vingt-deux ans, primipare qui, arrivée à sept mois, est atteinte d'une anasarque considérable et éminemment aiguë quant à sa marche; une saignée coupe court à quelques menaces d'éclampsie, puis vient une toux fréquente qui, au bout de dix jours, est accompagnée subitement d'une oppression beaucoup plus forte, la face devient violacée pendant une demi-heure, la malade meurt tout à coup sans avoir eu d'autre malaise que quelques nausées. A l'autopsie on trouve un épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux et dans les deux plèvres : les poumons sont sains.

Dans la partie historique nous avons vu mentionnés ces accidents, qui arrivent dans la troisième période de la maladie, et qui doivent tant faire redouter le moment de l'accouchement, nous n'y reviendrons pas; cependant nous croyons devoir rapporter le tableau qu'en a tracé Siebold dans son excellent ouvrage. Laissons parler l'auteur : « *Die Brust-* « *wassersucht bei Gebärenden war meistens schon der Geburt in der Schwan-* « *gerschaft vorhergegangen, und konnte in dieser oder vor derselben* « *schon durch die bekannten Einflüsse der Brustwassersucht erzeugt worden* « *seyn. Sie wird aber in der Schwangerschaft sehr leicht verkannt, und* « *manifestirt sich gewöhnlich erst während der Geburt selbst deutlicher;* « *das Hinderniss welches mit dem Verarbeiten der Wehen begleitet ist,* « *das kurze Athmen, die Angst und die Beklemmung, der sehr zuneh-* « *mende trockne Husten, das Unvermögen der Gebärenden auf dem* « *Rücken liegen zu bleiben, so dass sie den oberen Körper sogleich* « *erhebt, so wie sich eine Wehe einstellt, und dann die im Verlaufe* « *der Geburt auffallend zunehmende Anschwellung und Taubheit einer* « *oder der andern Hand, lassen die Anwesenheit der Brustwassersucht* « *nicht verkennen. Die Folge für die Geburt ist, dass diese vorzüglich* « *in der dritten oder vierten Periode, wegen dem Hindernisse in den* « *Respirationsorganen, in ihrem Fortgange gestört wird, besonders da* « *die Wehen durch die Mitwirkung des Zwerchfells und der Bauchmus-* « *keln nicht gehörig unterstützt werden können.* »[1]

---

1. « D'ordinaire l'hydropisie de poitrine débute avant le travail et peut se reconnaître, pendant ou avant la grossesse, par ses signes propres. Mais on la méconnaît souvent pendant la grossesse, et elle ne se caractérise bien qu'au moment du travail : des contractions difficiles et pénibles, une respiration courte, de l'anxiété, des oppressions; une toux sèche, devenant de plus en plus forte; l'impossibilité de conserver la position horizontale, de sorte que la malade se met sur son séant dès qu'une douleur commence; l'œdème et l'insensibilité des mains qui se manifestent dans le courant du travail, ne peuvent faire méconnaître l'existence de l'hydropisie de poitrine. Le travail s'arrête à la 3.e ou à la 4.e période, parce que les organes respiratoires ne peuvent fonctionner, et surtout parce que le diaphragme et les muscles de l'abdomen ne soutiennent pas assez les contractions utérines. »

De même que la cachexie séreuse peut ne se présenter avec les caractères du deuxième degré qu'après l'accouchement, de même aussi les accidents tertiaires ne se développent quelquefois que pendant les couches, mais ils n'en sont alors que plus redoutables, car la marche du mal est rapide.

Les lochies peuvent être rares, ou bien lorsqu'elles se sont déjà établies, être supprimées; enfin, dans d'autres circonstances, elles peuvent être très-copieuses, séreuses, et quelquefois même elles acquièrent assez de fétidité.

Quant à la sécrétion laiteuse, on comprendra facilement qu'elle doit être influencée d'une manière plus ou moins fâcheuse; mais les phénomènes qu'elle présente alors sont très-variables. Ainsi dans le premier degré, lorsque l'œdème des extrémités inférieures persiste jusqu'après l'accouchement, on voit souvent la sérosité infiltrée se frayer un passage à travers les mamelles qui lui servent ainsi d'émonctoire, et la sécrétion laiteuse peut alors s'effectuer d'une manière plus ou moins normale. Dans le deuxième et le troisième degré, cette sécrétion ne se fait pas, parce que l'infiltration générale existe avant l'accouchement, ou est supprimée lorsque l'infiltration ne se déclare que pendant les couches. Ce que nous disons, n'est certainement pas absolu; on voit dans des cas rares la sécrétion s'établir et persister; mais alors le lait présente à l'examen beaucoup d'eau, et peu de principes nutritifs.

Pour donner maintenant une idée plus claire de la marche de la maladie, il nous paraît nécessaire d'en faire ici le résumé.

Nous reconnaissons à la cachexie séreuse trois degrés :

Premier degré. — *Œdème local,* borné aux extrémités inférieures et à la vulve, présentant rarement des accidents, occasionnant du malaise, et n'empêchant pas les femmes, d'ordinaire, d'arriver à terme; travail assez facile, rendu un peu pénible par la distension de la vulve lors du passage de la tête.

Deuxième degré. — *Leucophlegmasie*, infiltration du tissu cellulaire sous-cutané de toute la surface du corps; maladie déjà générale, mais toute extérieure; sentiment de tension, souffrances générales, respiration difficile, menaces d'asphyxie; fonctions digestives troublées, commencement de diarrhée. Les femmes arrivent rarement au delà de huit mois; les progrès même du mal peuvent provoquer l'accouchement, ou l'accoucheur peut être appelé à provoquer et à terminer promptement le travail; celui-ci n'est plus aussi facile que dans le premier cas, en raison de l'épuisement des forces musculaires de la mère.

Troisième degré. La maladie attaque les organes internes, soit par épanchement (péritoine, péricarde, arachnoïde, plèvres), soit par infiltration (matrice, cerveau, poumons); ces accidents se développent par extension, ou bien sous forme de congestions métastatiques (Lasserre). Le plus fréquent et le plus grave de tous, c'est l'œdème pulmonaire, d'autant plus qu'il est presque toujours accompagné d'épanchement pleural. Les malades ont encore plus que dans le cas précédent de la peine à arriver au terme fixé par la nature; menaces de syncope, d'asphyxie; fonctions de nutrition encore plus profondément troublées; vomissements qui peuvent occasionner la mort; diarrhée, pouls misérable; le travail provoqué par l'art ou par la nature, est excessivement pénible; il n'est pas rare de voir les femmes mourir par asphyxie avant qu'il ne soit terminé; enfin, l'existence de l'enfant est gravement compromise.

B. Forme aiguë.

Si, dans la grande majorité des cas, la cachexie séreuse suit la marche que nous venons de décrire, il en est d'autres où elle mérite véritablement l'épithète d'*aiguë*, tant à cause de la rapidité avec laquelle elle se développe, qu'en raison de certains symptômes dont elle s'accompagne dans ces circonstances.

Il est rare qu'elle se borne à l'œdème local; l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané devient si rapidement générale, que le premier degré du mal passe inaperçu, et cette *leucophlegmasie*, qui peut arriver à un très-haut degré, ne tarde pas à être suivie des accidents qui caractérisent la troisième période. Mais il est remarquable qu'alors déjà, au lieu de ce pouls petit, lent, faible, misérable que nous avons trouvé dans la forme chronique, le pouls a de la largeur, du développement, de la plénitude, de la force et même de la fréquence, en un mot les caractères du pouls fébrile. Dans cette forme pyrétique, si je puis dire, de la maladie, il n'est pas rare de voir se développer de véritables inflammations, et c'est très-probablement à propos de cas semblables, que M.me Lachapelle a dit : « qu'une hydropisie active ne « contre-indique nullement la saignée. » La saignée est, en effet, un moyen dont l'utilité ne saurait être méconnue, comme nous le verrons plus tard. Quand ces accidents se déclarent, ce n'est ordinairement que lorsque la cachexie est arrivée au troisième degré, et quoique inhérents à cette maladie même, ils peuvent en être considérés comme des complications; les symptômes qu'ils présentent peuvent n'être pas assez tranchés pour que le diagnostic soit rendu quelquefois assez difficile : ce sont tous des points sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, aussi ne nous y arrêterons-nous pas davantage pour le moment.

Il est une distinction fort importante à faire, sur laquelle nous regrettons d'avoir passé un peu trop rapidement : cette distinction, nous le verrons, a son importance au point de vue de la thérapeutique : la cachexie se développe pendant la grossesse, ou elle ne se développe que pendant les couches; dans les deux cas, à part les différences légères que nous avons signalées, les symptômes sont les mêmes; mais d'une part la maladie exerce une influence plus ou moins fâcheuse sur la marche et sur la terminaison de la grossesse; de l'autre elle est plus grave pour la mère; après l'accouchement, en effet, la nature travaille à débarrasser le corps des impuretés, résultat nécessaire de la grossesse, et à reconstituer le sang; si la cachexie se développe

seulement pendant les couches, alors que la cause n'existe plus, à savoir la grossesse, c'est un signe que l'organisme est profondément malade, que l'altération des liquides est arrivée à un haut degré, que la nature est impuissante par elle-même pour s'opposer au développement des accidents, et ceux-ci marchent en général avec rapidité et deviennent promptement funestes.

Pour donner maintenant un peu plus de vie à ces tableaux, nous allons présenter un certain nombre d'observations, prises à la clinique de M. Stoltz, dont les leçons ont servi de base à notre travail.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Œdème et varices des extrémités inférieures. — Oblitération veineuse. — Couches normales. — Bouffisure du ventre.

Élisabeth Mündel, de Romanswiller, âgée de trente-cinq ans, servante, petite, délicate, lymphatique, entrée à la clinique le 12 janvier 1846, se disant enceinte pour la deuxième fois et arrivée au commencement du 9.e mois. Elle porte à la jambe droite et à la partie interne de la cuisse gauche, près du genou, *quelques tumeurs variqueuses saillantes, anciennes.* De plus, les extrémités inférieures sont œdématiées et un bourrelet œdémateux se forme à la peau de la région hypogastrique.

24 Février. — Le gonflement des extrémités inférieures a considérablement augmenté dans les derniers jours; il est dur, inégal, douloureux, parsemé de nodosités veineuses (varices) et ressemble, jusqu'à un certain point, à l'éléphantiasis. Pas de gonflement aux pieds. Le bourrelet hypogastrique est également dur et froid comme du plâtre. Parties génitales libres. Teint bon, pas de bouffissure à la face ni aux extrémités supérieures. Urines abondantes. (Inf. genièvre.)

12 Mars. — Le gonflement a diminué. — Accouchée hier soir d'un enfant bien développé. Lochies abondantes, ventre mou, peau halitueuse, pouls subfréquent.

14 Mars. — Ventre bouffi, matrice encore élevée et flottante, pour ainsi

dire ; épanchement séreux. L'œdème des jambes a beaucoup diminué ; ce qu'il en reste est dur et noueux. (Décoct. chiendent.)

17 Mars. — Apyrexie. Beaucoup de lait : a eu hier un peu de fièvre de lait. L'œdème n'a pas encore complétement disparu ; la malade éprouve par moments des douleurs le long des veines superficielles. (Saphènes internes et externes.)

3 Avril. — La malade sort. Les jambes sont encore volumineuses, dures, inégales et variqueuses. Ce gonflement dépend d'*oblitération veineuse* et ne disparaîtra jamais complétement.

Nous ne donnons cette observation que comme question de diagnostic différentiel : si les membres inférieurs seuls avaient été œdématiés, en présence de cette altération du système veineux superficiel, il est certain que l'on aurait pu se méprendre sur la véritable cause; mais du moment où cet œdème tendait à gagner, et la bouffissure du ventre, l'épanchement péritonéal ont assez montré cette tendance, le doute ne pouvait plus être permis : c'était bien à un commencement de cachexie qu'on avait affaire.

OBSERVATION II.

Hémorrhagie après la délivrance. — Cachexie séreuse consécutive.

Anne-Marie Durrenberg, de Merzwiller, âgée de vingt-deux ans, tempérament lymphatico-sanguin, primipare, accouchée le 16 juin 1849 à terme, d'un enfant bien constitué, est prise, après la délivrance, d'une *hémorrhagie très-abondante* (environ un kilogr. de sang) qui n'est arrêtée que par la compression de l'aorte, les injections d'oxycrat et l'administration du seigle ergoté. Les lochies sont normales, la sécrétion du lait se fait bien. Mais au 7.e jour on s'aperçoit d'une légère infiltration des extrémités inférieures; souffle continu (bruit du diable) dans la carotide droite.

8.e Jour. — Outre cette infiltration, on constate ce matin un *épanchement péritonéal prononcé* (une quinzaine de jours avant d'accoucher, elle s'est aperçue

d'un léger œdème des pieds); la face n'est pas bouffie, mais le teint est terreux. (3 pil. de Vallet.)

11.e Jour. — Après une bonne nuit, elle a éprouvé ce matin, au côté droit de la base de la poitrine, sous la colonne vertébrale, une douleur augmentée par la respiration profonde. La percussion rend un son *mat* dans la plus grande étendue de la région postérieure de ce côté. La respiration ne s'entend pas. La voix n'est pas vibrante, pas de toux. — (Épanchement.) — (Nitre 10,00; eau de fenouil, eau de fontaine ââ 60,00; sir. de pointes d'asperges 30,00).

L'épanchement péritonéal a diminué de près de moitié; les pieds ne sont plus œdématiés; urines normales, peu de lochies, peu de lait; pouls plein et subfréquent. (Chiendent nitré.)

Le lendemain le visage est bouffi; les urines ne précipitent pas par l'acide nitrique.

13.e Jour. — La résonnance a reparu à droite, ainsi que le bruit respiratoire; face moins bouffie, ventre moins mat; urines abondantes, pâles, verdâtres. Pouls lent et développé.

20.e Jour. — Se porte bien; bon appétit, plus d'œdème; maigrit un peu.

27.e Jour. — S'est bien portée jusque hier : elle a ressenti de l'oppression, des palpitations et un gonflement du ventre; depuis quelques jours les urines avaient de nouveau diminué.

Ce matin, tout le ventre est sensible au toucher; on distingue de nouveau de la fluctuation dans la partie la plus déclive et de la matité jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus du pubis; face et mains bouffies, pieds œdématiés; souffle carotidien toujours très-prononcé; rien d'extraordinaire dans la poitrine; lèvres et gencives colorées, excitation du pouls; urines abondantes, pâles, présentant l'aspect du vin de Champagne, ne précipitant pas par l'acide nitrique. (Pot. avec nitre 2,00, et sir. de pointes d'asperges 30,00. — Chiendent nitré.)

33.e Jour. — Ventre affaissé, toute trace d'épanchement a disparu; respiration profonde et normale, urines abondantes et verdâtres. L'œdème des pieds n'a plus reparu.

43.e Jour. — La malade sort. (Plus aucun symptôme de sa maladie, seulement encore un peu de souffle carotidien.)

Voilà un modèle de cachexie séreuse simple, exempte de complication, qui s'est développée après la délivrance à la suite d'une perte de sang abondante; mais il y avait évidemment prédisposition, puisque quinze jours avant d'accoucher, les extrémités inférieures étaient infiltrées. Au huitième jour on constate l'existence d'un épanchement abdominal, lequel est bientôt suivi d'un épanchement dans la plèvre du côté droit, sans toux. Ces accidents disparaissent *très-rapidement* sous l'influence des diurétiques; l'appétit est bon, lorsqu'au vingt-septième jour l'oppression, les palpitations se déclarent de nouveau, le ventre gonfle, l'œdème reparaît aux membres, à la face même : remarquons que les urines avaient beaucoup diminué depuis plusieurs jours; le traitement est continué, et toute trace d'épanchement et d'œdème a disparu six jours après sans retour. On voit par là que le traitement de cette maladie comprend deux choses, l'infiltration, et l'altération du sang; tant que celui-ci n'est pas rendu à son état normal, l'hydropisie a toujours de la tendance à se reproduire, par la raison toute simple que la cause qui la produit persiste.

OBSERVATION III.

Œdème des pieds (au 9.e mois) qui envahit rapidement tout le corps. — Chaleur fébrile.

Élise Kien, de Strasbourg, couturière, âgée de trente ans, blonde, lymphatique, entrée à la clinique le 11 juillet 1844, se disant enceinte pour la deuxième fois et arrivée au milieu du neuvième mois.

30 Juillet. — En entrant à la clinique, elle avait les *pieds légèrement œdémateux;* depuis quatre ou cinq jours les urines étaient devenues *rares* et *très-peu abondantes;* par ci, par là, un *peu de chaleur.* Avant-hier (28), l'enflure des pieds se *propagea rapidement* vers les parties supérieures et envahit les cuisses, le ventre et les seins. Hier, entre trois et quatre heures, chaleur sans *frisson préalable*, qui dure jusque vers dix heures; vomissements

bilieux; nuit assez bonne. A la visite, l'enflure a envahi les extrémités supérieures, et il est facile de constater un *épanchement péritonéal.* Chaleur moite répandue sur tout le corps; bouche pâteuse, soif; point d'oppression de poitrine, ventre libre; pouls *plein*, *fort* et *lent* (58). Urines assez fortement colorées, floconneuses, ne précipitant pas par l'acide nitrique. (Lim. tart. — Saignée de 800 grammes.)

31 Juillet. — Soulagement après la saignée. Dans l'après-midi, deux vomissements, puis chaleur qui dure une heure et demie et n'est pas suivie de transpiration. Même état du reste. (Nitr. 1,00; fl. til. 100,00; espr. Minder. 15,00; sir. gomm. 30,00).

1.er Août. — La face est légèrement bouffie; la respiration plus courte et plus laborieuse; urines plus colorées, plus abondantes, albumineuses; peau chaude, mais pouls beaucoup moins élevé qu'avant la saignée. (Potion avec sous-carb. de soude 2,00.)

2 Août. — Accouche facilement et spontanément de *deux* jumeaux assez bien développés et bien portants; perte assez abondante après la délivrance. Dans la soirée elle se trouve faible; chaleur sans frisson ni sueur; insomnie, pas de tranchées. Céphalalgie, soif; à la visite, peau chaude, pouls fréquent. La bouffissure de la face a *notablement augmenté;* l'œdème du bras est resté stationnaire; celui des extrémités inférieures paraît avoir diminué; matrice bien contractée; urines peu abondantes, lochies normales; l'épanchement péritonéal persiste.

3 Août. — La leucophlegmasie est générale; épanchement péritonéal augmenté, quoique les urines aient été plus abondantes; respiration assez facile, pas de toux; battements du cœur *réguliers avec souffle très-prononcé au premier temps*. Chaleur modérée, pouls fréquent, 115; lochies abondantes, séreuses, fétides; peu de lait. (Potion avec sous-carbonate de soude 2,00; eau de fenouil 8,00.)

4 Août. — Hier, à *quatre heures du soir, frissonnement* suivi de chaleur. Figure moins enflée; six à huit selles; beaucoup de lait, lochies normales. (Pas de potion.)

5 Août. — Encore deux selles diarrhéiques sans coliques; à *quatre heures du soir, frissonnements* suivis de chaleur sans sueur; insomnie. A la visite, peau chaude, pouls fréquent, 96; langue humide, soif, céphalalgie. Même état de l'œdème; beaucoup de lait: lochies normales.

6 Août. — Trois selles; pas d'excitation fébrile dans la journée. Nuit bonne. L'œdème a diminué, surtout à la face; poitrine libre; ventre élevé, tympanitique, indolore, mou, fluctuant seulement dans la partie la plus déclive. Pouls à 112. (Pot. diur. simple. — Inf. de genièvre.)

7 Août. — Chaleur dans la journée, suivie de transpiration; douleurs abdominales, selles nombreuses et liquides; l'*infiltration a beaucoup diminué.* Beaucoup de lait.

8 Août. — Toujours un peu de chaleur à la peau et fréquence du pouls. Urines toujours foncées.

10 Août. — Quatre selles dans la journée. Urines plus abondantes, claires, renfermant toujours des flocons muqueux. L'infiltration reste stationnaire, ainsi que l'épanchement péritonéal; beaucoup moins de chaleur, presque plus de souffle (cœur); encore 100 pulsations par minute. (Teint. digit. 2 ; eau dist. 60; eau de mélisse 30; oxym. scil. 15 ; sir. simple 15. — Carbon. de fer 2 ; ext. quinq. q. s. pour 20 pil., à prendre 3 pil. — Eau vineuse.)

12 Août. — Dix selles, comme le jour précédent; vomissements dans la soirée; pouls 120; peau moite; appétit. (Pot. supprimée; 3 pil.; frict. de teint. de scille et de digitale.)

16 Août. — Toujours de la diarrhée, malgré la décoction de riz qui lui a été donnée; grand nombre de selles hier et dans la nuit; de nouveau un peu de bouffissure de la face; l'œdème des mains a aussi augmenté; l'épanchement péritonéal persiste; coliques précédant les selles. Assez de lait. (Supprim. les frict. et les pil. — Décoct. de riz. — Décoct. quinq. 120; sir. d'op. 15; sir. d'écorc. d'or. 15.)

17 Août. — Selles très-nombreuses et très-fétides; urines jumenteuses pâles, jaunâtres, troubles; même état du reste; l'appétit se soutient.

20 Août. — Toujours de la diarrhée; selles très-fétides et copieuses. L'œdème a considérablement diminué depuis quarante-huit heures; les extrémités inférieures sont presque revenues à leur état normal; la face est moins bouffie; l'épanchement péritonéal à peine perceptible, mais les mains encore gonflées; toujours du lait; pouls à 88 depuis cinq jours. (Ext. ratanhia 2; eau de font. 120; élix. ac. 10; sir. d'op. 15; sir. déc. d'or. 15.)

23 Août. — La diarrhée persiste; la malade a vomi la potion; amaigrissement; pouls à 104. (Supp. la potion; émuls. d'amandes. — 22 pil. d'opium.)

24 Août. — Diarrhée; même état fébrile, peau chaude; beaucoup de lait; pas de lochies depuis deux jours (4 pil.)

26 Août. — Diarrhée, coliques; langue naturelle, assez d'appétit; abdomen saillant, mou, peu sensible à la pression, ne présente plus guère de traces d'épanchement. En somme, il paraît y avoir de l'amélioration. (Décoct. de riz; 4 pil.)

Les deux enfants, malades depuis quelque temps, sont morts.

27 Août. — Six selles liquides et fétides, accompagnées de coliques; encore un peu d'œdème à la main droite; du reste, il a disparu partout; pouls toujours fréquent (96); point de chaleur, encore un peu de souffle (cœur); urines claires, langue humide, soif modérée. (Poudre d'alumine 2; mucil. de gomm. q. s. p. 20 pil., 4 pil. Décoct. de riz.)

31 Août. — L'état de la malade n'a guère changé depuis ces quatre jours, mais la elle n'a plus voulu se soumettre au traitement, et sort dans l'après-midi.

Nous sommes très-heureux d'avoir eu cette observation entre nos mains, car elle offre une grande analogie avec un certain nombre d'observations de Mauriceau, et nous avons vu que toutes les fois que les femmes étaient infiltrées, cet auteur ne manquait pas d'ajouter que l'œdème est très-ordinaire chez les femmes grosses de plusieurs enfants; or, ce fait a pour lui une signification toute spéciale; la matrice étant, dans ces cas, plus volumineuse, exerce une pression plus considérable sur les vaisseaux du bassin, de là la production de l'œdème. Quoique dans le cas particulier l'on ne mentionne pas le volume de la matrice, celle-ci devait cependant être assez distendue pour pouvoir renfermer deux enfants d'un *développement moyen* (ce sont là les termes de l'observation). Eh bien, malgré cette conces, sion que nous faisons aux partisans de la théorie mécanique, nous disons qu'il est impossible d'expliquer par cette cause les faits qui sont relatés.

1.° Cette femme, en effet, a les pieds enflés à la fin du huitième mois; cette enflure reste stationnaire pendant 15 jours, et tout à coup, dans l'espace de vingt-quatre heures, l'infiltration devient géné-

rale : jambes, cuisses, mamelles, face, membres supérieurs; épanchement dans le péritoine.

2.° Le soir même du jour où elle accouche, l'infiltration augmente d'une manière *notable,* surtout à la face; le lendemain, l'augmentation est encore plus forte : la matrice est cependant bien *contractée.* Sont-ce là les effets qu'on devrait voir survenir, lorsque la cause mécanique, seule susceptible de les produire, a disparu?

3.° Ceux qui auront lu attentivement cette observation, sans avoir aucune idée préconçue, ne pourront s'empêcher de regarder *au moins* comme une coïncidence singulière, le développement simultané de la leucophlegmasie et de la chaleur fébrile, la persistance de celle-ci tant que dure l'infiltration, sa disparition à mesure que celle-là diminue, quoique le pouls reste fréquent. — Il nous paraît inutile d'ajouter que nous y voyons, nous, une maladie générale, non susceptible d'être rapportée à une cause locale, en un mot, une *cachexie séreuse aiguë,* bien franche, bien caractérisée. Qu'on nous pardonne ce retour involontaire à des discussions déjà développées; mais lorsqu'on voit des idées fausses, tellement enracinées dans les esprits, on ne peut s'empêcher d'insister, de répéter, de multiplier les faits, pour forcer ces esprits égarés à changer de route, et à suivre une voie plus proche de la vérité.

Il est encore un point sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est cette diarrhée persistante qui se déclare au quatrième jour des couches et ne quitte pas la malade jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Nous verrons à l'article *Traitement,* que s'il faut dans la cachexie séreuse tenir le ventre libre, que si même des dérivatifs sur le canal intestinal sont quelquefois indiqués, il est d'autres cas, comme celui-ci, où il faut au contraire chercher à arrêter, ou à modérer la diarrhée, car des selles si copieuses ne laissent pas que de fatiguer et d'affaiblir singulièrement les malades.

OBSERVATION IV.

Œdème des extrémités inférieures. — Varices. — Point de côté. — Toux. — Pendant les couches, cachexie séreuse. — Diurétiques, toniques. — Guérison prompte.

Marie Meyer, de Rosheim, âgée de vingt-neuf ans, bien constituée, entra à la clinique le 30 janvier 1844, se disant enceinte pour la 2.e fois, et arrivée au commencement du neuvième mois.

13 Février. — Depuis une huitaine de jours, *œdème douloureux* des extrémités inférieures; état variqueux très-prononcé des veines des pieds (origine des saphènes). Depuis deux jours elle tousse beaucoup et sent un point de côté à la région hypocondriaque gauche. Respiration normale; pas d'expectoration. (Looch.)

15 Février. — Le point douloureux augmente et s'étend jusque sous l'omoplate (15 vent. scar.). Expectoration abondante, grasse, verdâtre; gros râles dans les deux poumons.

19 Février. — Accouchée ce matin d'un garçon bien conformé, mais faible.

22 Février. — L'enfant est mort hier.

La mère qui pendant sa grossesse avait les pieds œdématiés, a remarqué que depuis son accouchement, l'œdème, loin de diminuer, a fait des progrès rapides, a envahi les jambes, les cuisses jusqu'aux hanches. Cette nuit les mains et la face se sont également œdématiées. Cet œdème est élastique, résistant, et ne conserve que difficilement l'empreinte des doigts. Le ventre est gros et paraît profondément un peu fluctuant. Matrice bien contractée, un peu endolorie. Lochies presque supprimées, mamelles molles, à peine du lait; ventre libre. Gencives gonflées, luisantes, pâles, comme œdématiées. Urines fréquentes, mais peu copieuses. Pouls toujours très-lent, 48. (Espr. de nitre dulc. 2; eau de mélis. 40; eau dist. simple, 60; sir. quinq. 30. — Infus. de genièvre vineuse.)

24 Février. — Sommeil interrompu par de fréquentes envies d'uriner; la quantité totale des urines rendues a été considérable : urines pâles, limpides. L'œdème a généralement diminué; le visage et les mains sont désenflés; les

extrémités inférieures sont moins grosses et ramollies; mouvements beaucoup plus libres; ventre mou, affaissé de moitié. Matrice encore un peu sensible. Bourrelet œdémateux aux fesses. Plus de toux; pouls à 52; les urines ne précipitent plus par l'acide nitrique. *Lochies tout à fait supprimées.*

26 Février. — Les lochies ont reparu hier et coulent *abondamment.* La malade se trouve tout à fait bien. Il reste à peine un peu d'empâtement autour des malléoles; bourrelet œdémateux des fesses moins marqué. Urines fréquentes et copieuses; ventre indolore; pouls toujours très-lent.

27 Février. — L'œdème a complétement disparu. (Potion; décoct. de chiend. Inf. de genièvre suppr.).

28 Février. — S'est levée ce matin et se trouve bien. — Le 15 mars l'œdème n'a pas reparu, la malade sort tout à fait guérie.

Cette observation peut servir de type comme *cachexie séreuse* franche, bien caractérisée, qui s'est préparée pendant la grossesse, a débuté au dernier mois, mais ne s'est véritablement déclarée que pendant les couches; elle n'est arrivée qu'au deuxième degré, c'est-à-dire, à celui de la leucophlegmasie; les diurétiques ont été suivis immédiatement de résultats très-favorables.

OBSERVATION V.

Cachexie séreuse développée à la fin de la grossesse. — Accouchée au forceps pour prolapsus du cordon. — Éclampsie après l'accouchement. — Plusieurs attaques (saignée). — L'œdème augmente. — Mort au 9.ᵉ jour. — Autopsie.

Heimburger, Élisabeth, âgée de vingt ans, petite, lymphatique, entra à la clinique le 17 avril 1851, ne sachant pas à quelle époque de la grossesse elle était arrivée; enceinte pour la deuxième fois. Les premières couches ont été très-heureuses.

24 Mai. — A son entrée à l'hôpital, elle était bien portante; au bout de huit jours les jambes commencèrent à enfler; insensiblement l'infiltration s'étendit à tout le corps; depuis une huitaine l'œdème est général (*cachexie*

séreuse), et depuis trois jours la malade ne peut plus se lever; les parties génitales sont œdémateuses; il y a de l'épanchement dans le péritoine; obliquité à droite de la matrice, qui est tendue. Émission fréquente des urines, mais seulement quelques gouttes. Pouls à 72, un peu vif et serré. (Inf. de genièvre.)

26 Mai. — Augmentation de l'œdème général. Urines très-rouges, presque brunes; flocons muqueux au fond du vase. Pas de précipité par l'acide nitrique.

28 Mai. — Diminution de l'œdème; depuis hier elle vomit ce qu'elle mange. (Lim. tart.). Urines fréquentes. (Acét. pot., 8; eau de fen., 100; sir. d'asp., 20.)

31 Mai. — Hier soir, à dix heures, les membranes se sont rompues pendant qu'elle urinait. Les eaux ont coulé toute la nuit; obliquité latérale droite de la matrice toujours très-prononcée. Accouchée au moyen du *forceps* à dix heures du soir, le 31 mai; le travail était compliqué par le *prolapsus du cordon* et des attaques d'*éclampsie*. Enfant mort, pesant 2350 grammes. Après l'extraction de l'enfant, il se déclara une *hémorrhagie*, qui nécessita la délivrance (seigle ergoté, 1,00, en deux fois); après quelques injections utérines, l'écoulement du sang s'arrêta. L'enfant était mort avant la naissance; on avait constaté l'absence des battements redoublés à deux heures de l'après-midi.

1.er Jour. — A trois heures du matin, *nouvelle attaque* d'éclampsie, peu forte; à cinq heures, troisième attaque: la connaissance n'était pas revenue dans l'intervalle. (Saignée de 200 grammes; glace sur la tête.) A sept heures, quatrième attaque, la plus forte. La malade est restée dans un état comateux jusqu'à onze heures; alors elle a repris connaissance. (Catapl. laud. sur le ventre après une deuxième saignée de 500 grammes à huit heures.)

Face encore vultueuse, lèvre inférieure gonflée et couverte d'une croûte sanguinolente. La malade a beaucoup dormi dans la journée et n'a plus eu d'attaque.

2.e Jour. — Bonne nuit; assez alerte, pas de mal de tête. Lèvre inférieure encore gonflée et couverte à gauche d'une bulle énorme (comme la vessie d'un vésicatoire). Pommettes rouges; lochies normales. L'œdème général a encore augmenté depuis l'accouchement. (Pot. avec nitre, 2.) Chaleur, fréquence du pouls, peu de gonflement des mamelles. Toux catarrhale, contractée peu de jours avant l'accouchement.

4.e Jour. — Selles involontaires, non provoquées par le lavement pris hier. Un peu de chaleur le soir; transpiration la nuit; urines abondantes. L'œdème a *considérablement* diminué; les pieds seuls sont encore tuméfiés; pouls fréquent. (Même potion.)

6.e Jour. — Nuit passable. Pouls, 120; *ventre ballonné;* matrice toujours élevée et dure; lochies fétides depuis hier; respiration laborieuse. (Éth. nit., 2; eau de mélis.; eau de font. ââ., 40; sir. quinq., 20.)

Transpiration toute la nuit, *frissonnement;* le soir, départ de caillots noirs *très-fétides* par les parties génitales.

7.e Jour. — Nuit insomnieuse, douleurs de ventre, mal de tête, pas de selle, respiration anxieuse, tremblement convulsif des membres. Le matin, vomituritions; bouffissure et tympanite du ventre augmentées; peu d'endolorissement, soif, langue rouge. Il est encore parti des caillots fétides; respiration courte, chaleur, pouls *précipité* et un peu *irrégulier.* Connaissance parfaite. Pâleur du visage et de tout le corps. (*Putrescence utérine, résorption, adynamie.*) — (Inject. utérines.)

8.e Jour. — Pas de sommeil. S'est beaucoup plainte de sa jambe gauche, qui est œdématiée jusqu'au genou; légère rougeur autour des malléoles; point de traînée rouge, ni de trace appréciable de phlébite. Même état général. Pâleur, respiration précipitée, irrégulière, difficile; lèvres cyanosées, pouls à 130; deux selles noires et fétides; urines involontaires; plus de perte de sang. La tuméfaction de la jambe est allée en augmentant, ainsi que la rougeur; il s'est formé des phlyctènes.

9.e Jour. — A commencé à râler hier, à onze heures du matin; elle est morte ce matin, à trois heures, ayant sa pleine connaissance.

Autopsie.

Cavité crânienne. — Sérosité en quantité normale. Les méninges présentent, sur les lobes moyens, une injection prononcée, par plaques irrégulières, qui ne s'enlève, ni par la pression, ni par le lavage. Consistance du cerveau normale. Aucune trace de congestion, ni à l'extérieur, ni à l'intérieur. Rien dans les ventricules, ni dans le cervelet.

Cavité thoracique. — Rien de particulier.

Cavité abdominale. — Météorisme général. Pâleur du canal intestinal. Sérosité citrine peu abondante. L'utérus n'offre rien de particulier à sa surface externe: il est pâle, de consistance ordinaire, du volume de la tête d'un enfant; annexes normales. L'intérieur de l'utérus est de couleur brunâtre; celui de la cavité du col est ardoisé et présente plusieurs éraillures; les deux cavités sont recouvertes d'une pulpe molle, sanieuse, fétide.

Jambe gauche privée d'épiderme; derme brunâtre, évidemment gangrené depuis le genou jusqu'aux orteils. Les veines du membre, depuis la veine cave jusqu'au milieu du mollet, sont saines et sans caillot, ainsi que les lymphatiques. Ganglions inguinaux normaux.

Cachexie bien développée à la fin de la grossesse, atteignant le deuxième degré; accouchement par le forceps, l'enfant étant mort et le cordon prolabé, attaque d'éclampsie; reproduction des attaques après l'accouchement; augmentation, puis diminution rapide et assez complète de l'infiltration; départ de caillots sanguins *très-fétides*, les lochies étant fétides depuis plusieurs jours; symptômes graves de résorption; gonflement douloureux de la jambe gauche suivi peu de temps après de la gangrène de ce membre, tels sont les phénomènes qu'a présentés la malade.

Que l'œdème ait augmenté après l'accouchement, il n'y a là rien qui doive nous étonner, d'autant plus que deux saignées avaient été pratiquées; mais cette infiltration diminue *considérablement* en vingt-quatre heures, et cette diminution rapide est suivie de lochies fétides, et d'accidents de résorption; nous nous demandons s'il n'est pas possible de trouver entre ces deux faits autre chose qu'une simple coïncidence? Quant à la gangrène du membre, il nous paraît évident qu'elle a eu pour cause la maladie générale provoquée par la résorption putride, d'autant plus qu'à l'autopsie on n'a trouvé aucune altération dans le système veineux, ni dans les vaisseaux lymphatiques.

OBSERVATION VI.

Cachexie séro-sanguine. — Saignée. — Sang très-fibrineux et couenneux. — Après l'accouchement, lochies séreuses, abondantes. — La cachexie séreuse augmente d'abord, puis diminue rapidement; le 17.e jour tout a disparu; puis se déclarent des symptômes d'irritation abdominale. — Guérison.

Marianne Zimm, de Châtenois, ouvrière, âgée de vingt-cinq ans, petite, bien constituée, d'un tempérament sanguin, primipare, entre à la clinique le 5 février 1847; elle est au neuvième mois.

7 Février. — Se plaint de douleurs dans le côté droit de la matrice; elle a été debout toute la nuit et s'est promenée dans la salle. (Cette fille est venue directement de son pays, il y a deux jours; elle a fait six lieues à pieds, et quatre sur une mauvaise voiture par un froid de 0.) Œdème des extrémités inférieures.

12 Février. — Garde le lit depuis hier à cause de l'enflure qui remonte jusqu'aux parties génitales externes.

13 Février. — Congestion sanguine vers la tête et la poitrine, dyspnée, face bouffie. (Pléthore séro-sanguine?) [Saignée de 300 gr.; tis. chiend. nitré.]

14 Février. — Encore des congestions, rougeur de la face. — Le sang est *très-fibrineux;* il ne présente *pas une goutte de sérosité;* le gâteau est recouvert d'une couche épaisse, gélatineuse, jaunâtre, transparente.

15 Février. — Se sent soulagée en général. Cependant l'œdème des extrémités inférieures n'a pas diminué, au contraire il remonte jusqu'au bassin. Bourrelet abdominal. Face bouffie, *rouge;* chaleur, moiteur, subfréquence du pouls. Langue *rouge;* toutes les muqueuses injectées; lèvres violettes. Urines abondantes depuis hier. (Tis. chiend. nitré. — Pos. horiz. au lit.)

21 Février. — Accouchée hier à dix heures du soir d'un enfant assez développé. Nuit bonne; pas de tranchées; peu de lochies. Excitation du pouls; moiteur. Œdème considérable des membres inférieurs; peau tendue, luisante. Épanchement abondant et facile à constater dans le péritoine. Poitrine libre; bouffissure de la face, mais pas de gonflement des mains.

Le lendemain, l'œdème augmente encore; les lochies sont abondantes et *séreuses;* urines copieuses. Pouls plein et subfréquent.

5.e Jour. — N'a pas eu de fièvre de lait, mais la sécrétion est assez abondante.

7.e Jour. — L'œdème commence à diminuer franchement. Cependant les urines ont coulé moins abondamment. (Chiend. sans nitre.)

12.e Jour. — Est levée depuis deux jours; jambes beaucoup désenflées; la bouffissure de la face a disparu; le ventre n'est plus gonflé; se trouve bien en général.

17.e Jour. — L'œdème a *complétement* disparu.

20.e Jour. — Depuis hier douleurs de ventre; à la visite, abdomen *élevé, tympanitique,* douloureux au moindre attouchement. *Matité* profonde (épanchement); chaleur, moiteur, subfréquence du pouls. Ventre libre; langue rouge, mais

humide; soif. Urines rares. L'œdème des pieds n'a pas reparu, mais l'œdème de la face. (Tis. nitrée; catapl.; frict. d'h. de jusq.)

Le lendemain même état; le ventre résonne *partout*. (Pot. avec éther nitrique, 2; embrocations éthérées sur le ventre.) Les lochies n'ont pas paru depuis sept jours.

27.e Jour. — Point de changement dans l'état du ventre qui est *tendu, résonnant,* excepté dans le flanc droit et l'hypocondre, et peu douloureux. (Elle prétend n'avoir pas eu le ventre gros avant de devenir enceinte. Elle est très-lymphatique et scrophuleuse. Engorgement du foie et du mésentère?) Les embrocations éthérées la font souffrir. Peu de lait. (On cesse les embroc. éthérées.)

S'est levée le lendemain et est sortie le trentième jour de ses couches, ayant un ventre encore saillant et tendu, mais non douloureux.

Observation remarquable en ce sens que la cachexie, bien déclarée dans le dernier mois de la grossesse, caractérisée par un œdème assez considérable des membres inférieurs dans leur totalité, s'est accompagnée tout à coup de congestion vers la tête et la poitrine, de dyspnée, en même temps que la face devenait bouffie. Une saignée de 300 grammes a été prescrite : le sang était *fibrineux* et ne contenait pas *une goutte de sérosité.* Les symptômes de *pléthore séro-sanguine* (?) ont été bien marqués. Après l'accouchement, qui a eu lieu à terme, l'infiltration a encore augmenté, et sous l'influence de diurétiques légers, elle a disparu assez rapidement; mais la malade a eu ensuite des symptômes d'irritation abdominale; et le trentième jour elle a pu sortir, conservant cependant encore un ventre saillant et tendu : l'œdème n'a plus reparu.

OBSERVATION VII.

Bronchite chronique. — Emphysème pulmonaire. — Cachexie séreuse à la fin de la grossesse. — Accouchement prématuré spontané, rapide. — Vomissements. — Mort.

Baumert, Catherine, de Wittisheim, âgée de trente ans, servante à Illkirch, est venue directement du lieu de sa condition à l'hôpital, le 19 janvier 1852,

enceinte de 4 mois et atteinte d'une bronchite chronique. Elle est restée à la clinique interne pendant deux mois et est revenue au service d'accouchements le 23 mars, comptant accoucher à la fin de ce mois. Enceinte pour la troisième fois, elle a fait ses deux premières couches à la clinique, la dernière en 1850; les deux enfants sont morts l'un à quatre mois, l'autre à six semaines. Il y a huit ans qu'elle est atteinte de bronchite et probablement d'emphysème pulmonaire. Soulagée ordinairement en été, elle souffre beaucoup en hiver et surtout aux changements de temps et de température. Quand elle est entrée à l'hôpital son mal a pris un caractère aigu ; après une saignée et des potions pectorales son état est devenu de nouveau supportable.

25 Mars. — La percussion de la poitrine donne partout un son clair, même exagéré à la courbure postérieure des côtes, qui est saillante. A l'auscultation on entend une crépitation dans toute l'étendue des deux poumons, et seulement dans les efforts de toux un peu de râle sibilant; expectoration abondante, spumeuse, facile. Rien du côté du cœur. Cependant la face est légèrement cyanosée; pas de distension des veines du cou; pas d'ondulation. Œdème des jambes jusqu'au-dessus des mollets. Pouls plein, résistant, subfréquent, pas de chaleur. Urines faciles et abondantes (Esp. sel. amm. anisé, 4,00 dans une potion). La malade sent bien les mouvements de son enfant.

27 Mars. — A dix heures du soir frisson, peu de réaction. A la visite apyrexie parfaite. Un peu moins de dyspnée et de cyanose. L'œdème a gagné les parties génitales externes; bourrelet œdémateux sus-pubien.

30 Mars. — Expectoration un peu plus difficile, surtout dans la position horizontale, ce qui oblige la malade à rester assise une grande partie du jour et de la nuit; plusieurs selles diarrhéïques.

1.er Avril. — Hier soir à onze heures et demie, frisson qui a été suivi à une heure de beaucoup de chaleur, soif, céphalalgie, peu de sueur. Repos le reste de la nuit. A la visite un peu de subfréquence du pouls. Expectoration toujours abondante, spumeuse, mais un peu difficile. L'œdème s'est vu ce matin aux poignets. (Carb. d'amm., 0,50 dans une potion.)

6 Avril. — Même état de la poitrine. Depuis hier elle vomit ce qu'elle mange et boit, sauf la potion. (Carb. d'amm. 0,75.)

9 Avril. — Souffre surtout aux attaches du diaphragme. (Carb. d'amm., 1,00.)

11 Avril. — Accouchée ce matin à trois heures spontanément, *très-rapidement* et *avant terme*, d'un enfant vivant, du sexe féminin, chétif, pesant 1840 grammes et long de 0,^{m}42. A la visite beaucoup de tranchées, perd abondamment. (Pot. avec soufre doré, 0,20.)

2.e Jour des couches. — Les tranchées ont cessé, lochies normales, ventre indolore; même état de la poitrine (Soufre doré, 0,30). Intertrigo au-dessous de la mamelle droite.

3.e Jour. — Dans toute l'étendue des deux poumons, de haut en bas, *râle sous-crépitant*, pas de souffle ni de matité; la dyspnée paraît cependant moindre qu'il y a quelque temps. Peau fraîche, pouls 120, petit. Lochies verdâtres, fétides, copieuses. La matrice se contracte; la paroi inférieure du ventre est œdématiée ainsi que la vulve; jambes plus enflées, urines copieuses. L'enfant tette une autre femme, sa mère n'ayant pas de lait. (Frict. de teint. de scille et de digit., 30; eau-de-vie camphré, 40. — Infus. genièvre vineuse.)

5.e Jour. — Dès qu'elle s'assied, nausées. Les lochies se sont supprimées. Un peu de sensibilité à l'hypogastre. Urines abondantes (Catapl. laud. —Vésic. à l'épigastre : le reste *idem*). A la fin de la visite vomissement.

6.e Jour. — Les vomissements enrayés hier ont repris ce matin. Elle est lasse de sa boisson. Même état du reste. (Large vésic. sur la poitrine.)

7.e Jour. — La malade n'a plus vomi; mais la toux et la dyspnée ont augmenté : reste forcément assise. (Sir. d'ipec., 60,00; 1 cuill. t. l. 3 h.)

9.e Jour. — Plusieurs vomissements. Plusieurs selles diarrhéïques avec avec ténesme. Même toux, même crachats, mêmes râles. Les urines coulent assez bien. Pouls petit, 108, peau froide, face cyanosée. On a dû suspendre les frictions, la femme ne supportant aucune espèce d'odeur. (Frict. avec vin de quinq., 40; sir. pav. bl., 20. — 2 demi-lav. narc. émoll.)

11.e Jour. — Le ténesme a cessé; sommeil; deux selles (Eau ferr. offic. deux verres; eau alcal. deux verres à alterner.)

12.e Jour. — Mauvaise nuit; la diarrhée et le ténesme ont reparu. (Extr. valér., 2; sous-nitr. bismuth., 2 pour 40 pil.; 15 pil. en trois fois. — 2 demi-lav. narc. émoll.; — les verres d'eau minér.)

13.e Jour. — A toussé toute la nuit; crachats visqueux abondants. Pouls petit, 100. Peau froide, l'œdème des jambes augmente. Urines assez abondantes, encore du ténesme. (15 pil. — 2 demi-lav. laud.)

14.e Jour. — Nuit assez bonne ; quatre selles, moins de ténesme ; la toux et l'oppression ont repris ce matin ; l'œdème gagne. (Kermès, 0,20 dans une potion.)

15.e Jour. — La potion a été bien supportée. Diarrhée ; les urines deviennent rares. L'enfant, misérable depuis quelques jours, est mort.

16.e Jour. — Va de mal en pis. L'œdème des jambes est énorme. La paroi abdominale est enflée, il y a probablement de l'ascite. Urines rares, 15 selles par jour. Nausées, pas de vomissement, soif ardente. Les crachats sont devenus épais, purulents; dans toute la poitrine râle à grosses bulles; matité à la base des deux poumons, pas de souffle. Voix faible. Pouls filiforme, mains froides, facies effilé, assoupissement ; intertrigo ulcéreux des deux aînes.

17.e Jour. — Morte ce matin pendant la visite. (7 h.)

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Anasarque générale, sauf au visage. Traces du vésicatoire. Plaies ulcéreuses sous la mamelle droite (Intertrigo). Dans la région inguinale droite, large perte de substance, suite d'un intertrigo qui s'est ulcéré et a creusé un affreux sillon profond de 0,m02 et long de 0,16, arrivant jusqu'à la naissance de la grande lèvre qui est rouge, violacée, œdémateuse.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Thorax. Poumons très-volumineux, emphysème sous-pleural, vers les bords libres, surtout en avant. Engorgement hypostatique (tissu intervésiculaire) en arrière et à la base; mais les cellules pulmonaires n'en sont pas moins remplies d'air et crépitent fortement. Trachée-artère et grosses bronches pleines de mucosités, rouges de sang, contenant une *innombrable* quantité de *globules de pus* (au microscope). La muqueuse de ces tuyaux aériens est épaissie, comme chagrinée en certains points, d'un rouge livide, très-intense; cette coloration cesse brusquement à l'entrée des bronches de deuxième calibre, et est remplacée par une teinte ardoisée. Les mucosités deviennent plus blanches, et perdent au fur et à mesure qu'on pénètre plus en avant leur coloration foncée : dans les plus petites bronches c'est de la sérosité spumeuse.

Épanchement pleural; sérosité citrine, limpide; un demi-litre au moins dans chaque plèvre; point de pseudo-membranes.

Péricarde tacheté de plaques laiteuses anciennes, quelques-unes sont très-

larges; le péricarde viscéral lui-même présente deux ou trois taches d'un blanc mat, du diamètre d'une pièce de 50 centimes. 60 grammes de sérosité un peu floconneuse, mais pas d'exsudation récente.

Abdomen. Péritoine sain. Deux litres de sérosité limpide. Muscles pâles, infiltrés, disséqués par l'œdème du tissu cellulaire intermusculaire. Foie gorgé de sang; rate dure comme un foie consistant, peu volumineuse, ne fournissant presque pas de sang à l'incision. Reins réunis, formant un fer à cheval, à concavité supérieure; deux uretères; un pont de substance rénale joint ensemble la partie inférieure des deux reins; on ne remarque extérieurement ni scissure, ni soudure, de sorte que les organes urinaires ne forment en apparence qu'un tout homogène en demi-lune; deux artères, partant de l'aorte, se rendent au pont interrénal : les vaisseaux émulgents sont d'ailleurs normaux.

Matrice saine. Ovaires ratatinés; beaucoup de vésicules de de Graaf, point de corps jaune récent; trompes saines. Les plexus spermatiques et ovariques sont énormément distendus; les veines ont le calibre du pouce; sang noir, non coagulé. Saphènes saines, petites; jambes énormément infiltrées.

Cette observation est pour nous d'autant plus intéressante que nous avons eu la malade constamment sous les yeux, que nous avons pu suivre, pas à pas, les progrès du mal. Femme lymphatique, pauvre, enceinte pour la troisième fois, atteinte depuis huit ans d'une bronchite chronique qui, au moment de son entrée à l'hôpital, prend un caractère aigu et nécessite une saignée : voilà, certes, assez de circonstances pour expliquer le développement de la cachexie séreuse. Ce n'est que dans les premiers jours que le pouls a offert de la plénitude et de la subfréquence; il n'a pas tardé à se ralentir, et dans la dernière période il était filiforme, misérable. Jamais il n'y a eu de la chaleur à la peau; au contraire, nous avons presque toujours observé une tendance au refroidissement.

Depuis le premier jour jusqu'à la veille de la mort, le thorax a offert à la percussion, dans toute son étendue, un son clair, plutôt exagéré; à l'auscultation on a entendu, des deux côtés et de haut en bas, un râle sous-crépitant bien caractérisé; par moment, dans les accès

de toux les plus forts, un râle sibilant, mais rare; les crachats ont été toujours très-abondants, incolores, spumeux, offrant à peine des traces de mucosités; on aurait dit de l'écume. Mais au seizième jour des couches les crachats deviennent tout d'un coup épais, purulents; à la base des deux poumons il y a une matité bien prononcée; dans toute la poitrine on entend des râles à grosses bulles; la voix s'affaiblit beaucoup; la malade est continuellement assoupie, et elle s'éteint le lendemain pendant la visite, après une agonie de près de vingt-quatre heures.

L'œdème était borné aux jambes quand la malade est entrée à la clinique; mais il n'a pas tardé à envahir les cuisses et la vulve; celle-ci était même énormément distendue; les parois abdominales, les poignets et jusque la face. La dyspnée devint en peu de temps si intense que la malade dut rester assise dans son lit jour et nuit; mais dans cette position les membres inférieurs, surtout les cuisses si énormément distendues, devinrent bientôt le siége de vives souffrances, qu'augmentait encore le moindre mouvement qu'on cherchait à leur imprimer.

Elle fut en proie à des anxiétés terribles qui se renouvelaient à chaque quinte de toux : ces dernières étaient fréquentes, duraient longtemps, étaient suivies, après des efforts très-pénibles, d'une expectoration abondante; ces efforts ont provoqué aussi plus d'une fois des nausées et même des vomissements, ce qui fatiguait beaucoup la malade. Il est probable que c'est à la suite d'une de ces quintes que l'accouchement s'est déclaré. Le travail, heureusement pour la mère, a été très-rapide; mais l'enfant, né un mois trop tôt, chétif, misérable, n'a pas tardé à succomber. Enfin, nous rappellerons encore une circonstance fâcheuse, qui se présente assez souvent dans ces cas: ce sont les vomissements. Déjà avant l'accouchement la malade n'a plus rien supporté, ni aliment, ni boisson, ni médicament. La potion avec le carbonate d'ammoniaque est la seule qui n'ait pas provoqué de nausées; mais on a dû la supprimer, puisqu'elle ne paraissait pas exercer la moindre influence favorable sur la marche de la maladie.

On pourrait nous objecter que cette malade est morte à la suite de de la bronchite et l'emphysème pulmonaire. Il est incontestable que ces accidents ont largement contribué à cette issue funeste; mais nous croyons qu'il faut accorder une part au moins aussi large à la cachexie séreuse; l'infiltration générale du tissu cellulaire sous-cutané, l'épanchement de sérosité dans le péritoine, dans le péricarde, dans les plèvres, l'œdème pulmonaire, ne traduisent-ils pas assez l'existence d'une maladie générale, dont les accidents pulmonaires n'ont été qu'un épiphénomène? le plus grave, sans doute, mais comme phénomène local.

OBSERVATION VIII.

Cachexie séreuse dans les derniers mois de la grossesse. — Œdème pulmonaire. — L'oppression augmente après une saignée. — Provocation de l'accouchement. — Le travail s'annonce spontanément. — Mort avant l'expulsion.

Élisabeth Blum, de Barthenhard, âgée de vingt-six ans, lymphatique, venant de la *maison de correction*, où elle était restée enfermée pendant trois mois, entra à la clinique le 17 janvier 1850, primipare et parvenue au terme de sa grossesse. Elle dit être malade depuis deux mois et demi. D'abord elle a eu les extrémités inférieures infiltrées, puis il s'est développé des crampes dans le bas-ventre; enfin, il s'est joint à ces symptômes de la dyspnée et de la toux; elle est entrée alors à l'infirmerie de la maison de détention.

23 Janvier. — Dans ce moment, infiltration générale; œdème consistant, comprenant les extrémités inférieures, la paroi abdominale où il forme bourrelet, la face et l'extrémité supérieure gauche principalement. Difficulté de respirer; râles sous-crépitants, œdémateux; expectoration mucoso-sanguinolente. Langue pâle; soif grande; pouls *misérable* (petit, dépressible, lent, assez régulier). Diarrhée. (Esp. sel amm. anis., 4; eau de fen., 100; sir. d'op., 30. — Inf. genièvre.)

25 Janvier. — Jusque vers minuit un peu de tranquillité, puis insomnie, étouffements. L'enflure générale est toujours la même; oppression de poitrine très-grande; l'œdème est dur et douloureux; les parties génitales sont tellement

tuméfiées qu'on n'arrive pas au col de l'utérus. Dents et lèvres fuligineuses. Pouls peu développé, mais assez résistant, 90. (Saignée de 200 gr.; eau vineuse.)

Sang tiré de la veine *très-séreux;* caillot *petit et mou.* Oppression très-grande dans la journée; toux pénible; gémissements continuels; pas de soulagement après la saignée. Agitation; émission involontaire des urines et des selles. (Pot. avec esp. sel amm. an.)

26 Janvier. — Nuit mauvaise; insomnie; oppression considérable; gémissements continuels; crachats sanguinolents; vomiturітions provoquées par la toux. Urines presque nulles, foncées. Même état de l'infiltration. Pouls *misérable.* Il est très-difficile d'ausculter le ventre, cependant on croit entendre les battements à gauche.

Provocation de l'accouchement par le tampon. A onze heures du matin on la transporte dans la salle de travail; au moment où l'on veut la tamponner, on s'aperçoit qu'il y a des douleurs et que l'orifice commence à s'entrouvrir. A onze heures et demie, départ spontané des eaux en grande quantité. On reconnaît le crâne dont les os chevauchent et sont mobiles; on en conclut que le *fœtus est mort :* on n'entend pas, d'ailleurs, de battements. A midi pas de contractions. A une heure et demie une dose de seigle ergoté. (Seigle ergoté, 0,75; suc. bl., 1,00 : div. en 4 doses.) On donne les quatre paquets de demi-heure en demi-heure. Pas de nausées ni de vomissements; trois selles liquides et involontaires. La respiration est *moins gênée* que le matin. Après le dernier paquet de seigle, les douleurs ont été plus fortes. A six heures du soir l'orifice est complétement dilaté; à sept heures la tête engagée. A huit heures elle est dans l'excavation; agitation. De huit à dix heures pas de changement. Mais à dix heures on trouve la malade très-tranquille; on lui tâte le pouls, il est presque éteint : quelques instants après elle cesse de respirer, elle est *morte.*

Autopsie quarante-huit heures après la mort.

Infiltration générale, plus considérable aux membres inférieurs; cyanose de la face, surtout aux lèvres.

Crâne : légère couche comme cartilagineuse aux parties de la surface interne de la boîte osseuse, correspondant au sinus longitudinal supérieur. Calotte crânienne très-épaisse; un peu de sérosité dans l'arachnoïde à la face convexe des hémisphères. Tissu cérébral dense.

Thorax de capacité plus petite qu'à l'ordinaire. Dans les deux plèvres, sérosité jaunâtre, limpide, très-abondante; parenchyme pulmonaire très-sain. Peu

de sérosité dans le péricarde. Cœur flasque, pâle, contenant peu de sang: celui-ci est diffluent: quelques petits caillots dans le ventricule droit.

Abdomen: peu de sérosité dans le péritoine. Matrice inclinée à droite, rose pâle, contenant un œuf de huit mois à peu près. Une incision longitudinale met à découvert, en avant et en haut, le placenta, qui est uni au tissu utérin par une substance comme gélatineuse. L'enfant est en quatrième position, nageant dans un liquide trouble, couleur de café noir, assez abondant: la tête n'a pas encore franchi en totalité l'orifice utérin.

Femme lymphatique, ayant fait un séjour de trois mois dans la maison de correction, placée par conséquent dans des conditions, on ne peut plus favorables à la production de la cachexie séreuse; celle-ci, en effet, se déclare dans les trois derniers mois de la grossesse; sa marche est d'abord assez lente, mais bientôt les progrès de l'infiltration sont tellement rapides et les accidents pulmonaires si intenses, qu'on se décide à provoquer l'accouchement; au moment de mettre le tampon, on s'aperçoit que des douleurs existent; mais le travail est paresseux, on donne le seigle ergoté, et le soir à dix heures on s'aperçoit que la femme est bien tranquille, le pouls est presque éteint, quelques instants après elle avait cessé de vivre.

L'autopsie a vérifié le diagnostic porté au lit de la malade: ce qu'il y avait de plus de remarquable, c'était un épanchement abondant de sérosité dans les deux plèvres, avec des poumons très-sains.

La matrice contenait un œuf de huit mois à peu près; nous ferons remarquer à ce propos que, 1.° ou bien la malade avait bien compté et était réellement à terme, et alors le fœtus était peu développé, ce qui s'explique parfaitement par l'existence de la cachexie séreuse; 2.° ou bien elle s'était trompée dans son calcul, et l'accouchement a été prématuré. Dans tous les cas, on ne peut s'empêcher de reconnaître que la cachexie séreuse a exercé une funeste influence sur le développement du fœtus, en même temps qu'elle a été fatale à la mère.

OBSERVATION IX.

Femme grande et assez fortement constituée, mais lymphatique; primipare. — Cachexie séreuse au milieu du 7.e mois, favorisée par une saignée. — Œdème des parties génitales et des poumons. — Diurétiques inutiles. — Mouchetures. — Accouchement prématuré spontané. — Enfant vivant, délicat. — Disparition insensible de l'œdème. — Amaigrissement considérable du corps.

Dorothée-Julie Sch....., femme d'un facteur de la poste aux lettres, âgée de trente-un ans, grande, d'une forte charpente, tête volumineuse, cheveux châtains, lèvres grosses, teint blanc mat, a été menstruée à quatorze ans : ses règles étaient peu abondantes et accompagnées de tranchées utérines.

Mariée le 2 septembre 1841, elle fut réglée, pour la dernière fois, le 18. Des vomissements, qui se reproduisirent tous les jours, peu de temps après l'époque manquante, indiquèrent un commencement de grossesse. Celle-ci fut pénible, sans être accompagnée d'accidents. A six mois les pieds s'œdématièrent. Vers le milieu du 7.e mois la femme Sch....., éprouvant des douleurs dans les membres et un peu de difficulté de respirer, se fit saigner. A partir de ce moment, l'œdème gagna les cuisses, les parties génitales et envahit bientôt tout le corps. Des épithèmes, qui furent appliqués sur la vulve, ne firent qu'augmenter l'œdème de ces parties, et provoquèrent une irritation qui rendit l'émission des urines très-douloureuse.

Le 25 mai M. le professeur Stoltz fut appelé auprès de la malade. Il reconnut une infiltration de tout le corps. Toute la surface du corps était pâle; les pommettes seules étaient fortement colorées. La respiration était courte et pénible; la patiente ne pouvait rester au lit qu'assise. La marche était impossible, à cause de l'enflure des parties génitales et du périnée; ces parties formaient une tumeur du volume de deux poings d'un adulte rapprochés, transparente, tendue, luisante et douloureuse à la moindre pression. Les petites lèvres étaient très-saillantes à la partie interne et supérieure des grandes, tournées en vrille : leur face interne était enflammée et douloureuse : à l'anus existait un bourrelet annulaire très-saillant et douloureux au point de rendre le décubitus très-incommode. Les extrémités inférieures enflaient beaucoup

lorsque la malade était levée : elles devenaient en même temps douloureuses; ce qui fit que la patiente allait constamment du lit au canapé et du canapé au lit. Le ventre n'était pas volumineux; il n'y avait pas d'épanchement péritonéal; la matrice était médiocrement développée; il n'y avait pas plus d'eau dans l'œuf qu'à l'ordinaire : les mouvements de l'enfant se faisaient sentir distinctement. Il n'y avait pas non plus de signes d'épanchement pleural; mais les poumons étaient fortement œdématiés : on entendait partout la crépitation caractéristique. Battements du cœur secs et forts, sans bruit anormal. Pouls serré, subfréquent. Urines peu abondantes, rouges; besoins fréquents d'uriner. Dysurie.

Une potion diurétique, dans laquelle entrait l'esprit de nitre dulcifié, le sirop d'asperges et une décoction d'asperges pour boisson, agirent très-peu, et l'infiltration ne diminua pas. Il fallait provoquer des selles au moyen de lavements. Au bout de quelques jours l'esprit de nitre fut remplacé par la digitale, et la décoction d'asperges par une infusion de baies de genièvre vineuse. Les urines devinrent plus abondantes à la suite de cette médication, mais l'infiltration ne diminua pas.

Les parties génitales restant toujours enflées et douloureuses au même point, et les moyens internes n'agissant que fort peu, on pratiqua, à la partie la plus déclive de chaque grande lèvre, une ponction avec une lancette (moucheture profonde) : les plaies donnèrent issue à de la sérosité sanguinolente d'abord, ensuite limpide. Cet écoulement dura toute la nuit, et le lendemain les parties génitales étaient désenflées d'un tiers au moins, et la tension douloureuse avait cessé. L'écoulement dura encore le lendemain, puis les petites plaies se fermèrent. Elles se rouvrirent spontanément quelques jours après, et laissèrent écouler de nouveau une grande quantité de liquide séreux. Malgré cela, la respiration n'a pas été beaucoup plus libre; il y avait même par moments des suffocations qui, plusieurs fois, se sont terminées par des lipothymies. On prescrivit alors l'esprit de sel ammoniac anisé, et l'on songeait sérieusement à la provocation de l'accouchement prématuré, lorsque dans la nuit du 12 au 13 juin la malade eut des maux de reins qui bientôt s'étendirent au bas-ventre et prirent le caractère de douleurs d'enfantement. Le commencement du travail fut accompagné de faiblesses, d'étouffements, de lipothymies; mais une fois bien en train, il ne présenta plus rien d'extraordinaire. Le lendemain (13), à trois heures de l'après-midi, la femme Sch..... accouchait

d'une petite fille, du poids de 2000 grammes au plus; cet enfant portait, du reste, tous les autres signes de l'immaturité. Les eaux de l'amnios n'étaient pas plus abondantes qu'à l'ordinaire; le placenta était pâle et légèrement infiltré. L'enfant fut mis au sein d'une bonne nourrice, où il se développa bien.

Aucun accident ne survint au début des couches : pas de tranchées, écoulement lochial abondant et séro-sanguinolent. Le lendemain l'accouchée se trouvait bien ; seulement par le fait de la position horizontale, la bouffissure de la face avait beaucoup augmenté, tandis que l'œdème des extrémités inférieures avait diminué en proportion. Le troisième jour il y eut un petit mouvement laiteux, mais peu prononcé. Les urines étaient devenues abondantes et claires, la peau s'était couverte de moiteur; ees deux excrétions favorisèrent la résorption de la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire. Un purgatif salin, administré le cinquième jour, provoqua quelques selles liquides et contribua, à son tour, à diminuer l'infiltration. Enfin le douzième jour, on commença l'usage des pilules de Vallet, à la dose de trois par jour, et on prescrivit un régime tonique. Ces moyens firent disparaître toute trace d'œdème, dans l'espace de trois semaines, mais alors l'accouchée était réduite à une maigreur très-grande; ce ne fut que lentement qu'elle reprit des forces : ses règles ne revinrent que dans le courant du quatrième mois.

En 1844, la femme Sch. était devenue enceinte pour la deuxième fois; l'infiltration leucophlegmasique s'est reproduite, mais d'une manière beaucoup moins intense. En février 1845 elle accoucha de nouveau prématurément.

Cette observation est un exemple frappant de leucophlegmasie développée pendant la grossesse et par le fait de la diathèse puerpérale chez une personne lymphatique et un peu scrophuleuse. Une saignée pratiquée dans l'intention de rendre la respiration plus facile augmenta immédiatement l'œdème. Il n'y avait pas d'épanchement dans les séreuses, mais le tissu cellulaire des poumons était infiltré au point de provoquer parfois des suffocations. Les diurétiques ont eu peu d'influence. Les mouchetures ont soulagé, mais l'accouchement seul et un régime tonique ont pu faire disparaître le mal.

OBSERVATION X.

Affection chronique du cœur et des poumons. — Hydropisie. — Tentative de provocation d'accouchement prématuré. — Mort.

Kœhl, Madeleine, âgée de quarante-trois ans, d'une constitution antérieurement bonne, enceinte pour la douzième fois, a avorté quatre fois, entre autres, dans sa dernière grossesse; pendant cette dernière, elle a eu une dyspnée intermittente qui souvent a été très-intense. Après la Pentecôte de cette année (1849), la dyspnée a reparu et est devenue pour cette femme un signe de grossesse, attendu que du mois de mars au mois de mai elle attribuait l'absence de règles à la ménopause. Depuis ce temps la dyspnée a toujours été en augmentant. Entrée à la clinique le 16 octobre, elle se croit à sept mois et demi; depuis dix jours elle ne supporte pas la position horizontale, et les jambes se sont infiltrées. Appétit conservé, bonnes digestions, selles régulières. *Examen du thorax :* en avant le tiers inférieur du côté droit présente une matité complète; au même point en arrière de la submatité. Ronchus disséminés dans toute la poitrine; point de vibration thoracique à droite, en bas et en arrière. (Épanchement à droite; bronchite chronique disséminée; soupçon de tubercules.) Bruits du cœur sourds, pas de bruit anormal ni de palpitation. Pouls filiforme.

17 Octobre. — A la suite d'une saignée de 200 grammes, soulagement, nuit passable. Mais la nuit suivante est horrible; orthopnée intense, la malade est assise sur le bord de son lit, agitée, fait ouvrir les fenêtres. (Kermès 0,30, ext. jusq. 0,50 dans un pot.)

20 Oct. — Cette nuit, l'orthopnée était arrivée à son comble; ce matin, retour des accidents, yeux convulsifs; même état des poumons. (Frict. de teint. scille et dig. Sinapismes aux bras. Pot. nitr.) A la visite, l'orthopnée continue, pouls filiforme; la femme exprime la souffrance la plus profonde, paroles difficiles, entrecoupées. Des mouchetures ont été faites aux cuisses et fournissent passablement. Immédiatement la femme est portée sur le lit de travail; on introduit une éponge préparée dans le col, dans le but de *provoquer l'accouchement prématuré :* la femme expire une heure après.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Cadavre pâle et raide; extrémités inférieures infiltrées; la cyanose de la face a disparu à peu près.

Foie très-volumineux, hypérémié; reins atrophiés. Sérosité citrine, abondante dans les deux plèvres, surtout à droite.

Poumon droit. — Lobe inférieur presque privé d'air; coloration ardoisée; on y trouve, ainsi que dans le lobe moyen, quelques noyaux plus rouges, infiltrés d'un liquide plastique. Le lobe supérieur est un peu emphysémateux.

Poumon gauche. — Même état de compression du lobe inférieur, lequel offre dans sa totalité une coloration rouge assez intense, sans précisément contenir beaucoup de liquide. Quelques adhérences. Les bronches sont pâles.

Cœur. — Épanchement considérable dans le péricarde. Volume normal du cœur; cependant le ventricule droit est un peu dilaté; valvule tricuspide insuffisante; valvule mitrale épaissie, orifice rétréci; valvules aortiques malades à leur base. En résumé : maladie des valvules aortiques et mitrales, dilatation passive du cœur droit, hydrothorax double, pneumonie probable, emphysème, dilatation des bronches, bronchite chronique.

Au premier abord on serait tenté, en lisant cette observation, d'attribuer la mort à la maladie des organes thoraciques, d'autant plus, qu'ici la cachexie séreuse a été masquée, si l'on peut dire ainsi, par ces symptômes locaux; il faut donc analyser les détails pour voir si cette question n'est pas susceptible d'une solution différente. Signalons d'abord une lacune que renferme cette observation, lacune d'autant plus regrettable qu'elle pourrait jeter du jour sur le problème que nous cherchons à élucider. Cette femme a fait quatre fausses couches, il n'est rien dit sur la cause qui a provoqué ces accidents; elle était, en second lieu, à sa douzième grossesse, et elle n'aurait jamais eu de gonflement aux extrémités inférieures? Nous ne dirons pas que cela n'est pas vraisemblable, nous sommes obligé d'accepter les faits tels que l'observation nous les présente.

Il est incontestable que c'est l'hydropisie qui a tué la malade ; mais comment? ou plutôt quelle a été la cause de cette hydropisie?

Au septième mois, les jambes se sont infiltrées; atteinte lors de la grossesse précédente d'une dyspnée assez intense, la malade la sent reparaître dans sa grossesse actuelle, elle va toujours en augmentant; à sept mois, époque à laquelle elle entre à la clinique, cette dyspnée est effrayante; à l'examen, on trouve une bronchite généralisée des deux côtés, et à droite un *épanchement;* il n'existe aucun signe qui puisse la faire rapporter à une pleurésie, soit aiguë ou chronique; quelle en est donc la cause? *Les bruits du cœur sont sourds, pas de bruit anormal, pas de palpitation, pouls filiforme.* Le mal a fait des progrès tellement rapides, et la dyspnée est devenue tellement effrayante, que quatre jours après l'entrée de la patiente on cherche à provoquer l'*accouchement prématuré;* mais la femme meurt une heure après cette tentative.

Que trouve-t-on à l'autopsie? une sérosité abondante dans les deux plèvres, mais surtout à droite; sérosité citrine; des poumons malades, ici privés d'air, là emphysémateux; un *épanchement considérable* dans le péricarde; des altérations organiques des orifices cardiaques.

Il nous semble évident que cet épanchement des plèvres et du péricarde ne peut pas être attribuée à la lésion des organes respiratoires et circulatoires seulement; que dès lors il faut qu'il ait eu une cause plus générale, qui ne peut être que la *cachexie séreuse;* seulement il est remarquable que l'œdème ne se soit pas généralisé, qu'il se soit borné aux extrémités inférieures, et que le mal ait envahi aussi rapidement les organes essentiels. Il est probable que cela tenait à la lésion primitive du cœur et du poumon.

OBSERVATION XI.

Le 3.e jour des couches, lochies séreuses et fétides. — Fièvre. — Par suite, *cachexie séreuse* très-prononcée. — Pil. de Vallet. — Viande, vin. — Guérison prompte.

Catherine Weitreich, de Molsheim, âgée de trente-quatre ans, servante, bien constituée, enceinte pour la troisième fois, est accouchée à la clinique le 18 octobre 1845, à terme et normalement.

3.e Jour des couches. — Lochies *très-fétides*. Chaleur, moiteur, fréquence du pouls. Les cinq jours suivants elle conserve de la chaleur; peu de lait.

11.e Jour. — Se lève depuis trois jours; à partir de ce moment il s'est développé un *œdème général*, surtout perceptible aujourd'hui aux extrémités inférieures et à la face. Pas de chaleur; pouls lent, 52, mais très-développé. Ventre libre, pas de soif; urines abondantes et claires; lochies rouges, *sans fétidité*.

12.e Jour. — Jambes œdémateuses, froides; peau des extrémités et du ventre d'un blanc mat. Sur les cou-de-pieds et autour des malléoles quelques plaques rouges. Ventre élevé, mollasse, fluctuant. Un peu d'oppression; mais on ne trouve rien du côté de la poitrine; pas de toux. Pouls toujours à 52. Urines claires, verdâtres, ayant l'aspect du petit lait clarifié, ne précipitant pas par l'acide nitrique. (4 pil. de Vallet. — Eau vineuse, 1 l.)

17.e Jour. — L'œdème diminue beaucoup; peu de gonflement aux malléoles. Urines claires, ne précipitant pas. Pouls, 72. Supporte bien les pilules (elle en prend six); appétit très-bon.

26.e Jour. — Va très-bien; plus question d'œdème. Urines toujours claires, mais un peu plus colorées. On supprime les pilules.

36.e Jour. — Sort bien portante. Dans les derniers temps de son séjour à la clinique, elle a pris de l'embonpoint, mais peu de fraîcheur, c'est-à-dire que les lèvres et les gencives sont restées pâles et les pommettes décolorées.

Cachexie séreuse simple, mais très-prononcée, survenue pendant les couches, disparaissant promptement sous l'influence d'un traitement constitutionnel, c'est-à-dire d'un traitement dirigé essentiellement, uniquement contre la cause, l'altération du sang : le fer et un régime tonique ont suffi, on n'a pas eu besoin de recourir aux diurétiques. — C'est un cas très-intéressant.

OBSERVATION XII.

Accès de fièvre. — Diarrhée, entérite. — Œdème général (cachexie séreuse). — Engouement pulmonaire; toux, expectoration. — Engorgement mammaire. — Phlébite de la saphène gauche. — Frictions. — Vésicatoire en jarretière.

Marie-Anne Gerstner, de Bruchsal, âgée de vingt-deux ans, bien constituée, primipare, est accouchée à la clinique le 7 mai 1844 d'une fille bien développée. Elle a eu pendant la première quinzaine des couches des accès de fièvre assez nombreux, mais incomplets, et non régulièrement périodiques; presque toujours elle a eu un peu de chaleur. La malade a eu de la fièvre de lait, il s'est même fait un certain mouvement vers les mamelles, mais les mamelons sont tellement affaissés qu'elle est obligée de sevrer son enfant.

15.e Jour. — Depuis hier selles nombreuses, avec coliques; chaleur, moiteur; fréquence du pouls; élévation et sensibilité du ventre; langue blanche au milieu; soif; accablement. Dans l'après-midi, frisson et chaleur; ventre douloureux, ballonné; diarrhée; ténesme; chaleur à la peau; nausées; les lochies n'ont pas cessé de couler (15 sangsues; lav. narc. émoll.; eau de riz).

16.e Jour. — Soulagement par les sangsues; chaleur moite; pouls subfréquent, développé; diarrhée; lochies normales. (2 demi-lav. narc. émoll.; eau de riz.) Fièvre toute la journée.

17.e Jour. — Nuit insomnieuse; diarrhée; ventre élevé, tendu, tympanitique; douleurs dans les régions iliaques à l'attouchement ; face colorée; chaleur; pouls développé, à 100; lochies peu abondantes, décolorées (12 sangsues).

18.e Jour. — La diarrhée augmente (2 demi-lav. narc. émoll.). Moins de chaleur. Cet état persistant le lendemain, on applique de nouveau 12 sangsues.

22.e Jour. — Encore cinq selles; ni frisson, ni chaleur; ventre beaucoup plus mou; les parois abdominales sont œdémateuses du côté de l'aine droite et autour de la hanche; point d'œdème des extrémités inférieures. Pouls à 92. (Pot. avec sir. pav. bl., 30.)

25.e Jour. — Même bourrelet œdémateux abdominal; la mamelle droite est également infiltrée outre le noyau d'engorgement reconnu hier; léger œdème

des pieds; commencement de bouffissure de la face; teint pâle; pouls à 88; retour des lochies sanguinolentes (commencement de cachexie séreuse); la malade se plaint aussi des lombes : cette région est infiltrée. (Acét. pot., 2; eau de fen.; eau dist. simp. ââ, 45; sir. bl., 30. — Inf. gen. vin.)

26.e Jour. — Ventre toujours élevé, mais indolore, *profondément fluctuant;* l'infiltration s'étend aux parties génitales, aux fesses, aux reins. Matité dans les trois quarts de la région postérieure du côté droit de la poitrine, absence de la respiration dans la plus grande étendue de cette matité; sous l'omoplate un peu de souffle et *égophonie prononcée.* A gauche la matité n'occupe que le quart inférieur (*Épanchement séreux*). La respiration n'est pas extraordinairement gênée ni accélérée; la face n'est presque plus bouffie; soif assez grânde; *urines rares,* foncées, troubles, ne précipitant pas par l'acide nitrique. (Acét. d'amm., 8; eau dist. 100; oxym. scill., suc. bl. ââ. 15.)

28.e Jour. — Même état. Cependant la dyspnée est plus forte depuis deux jours, beaucoup de toux, expectoration muqueuse; œdème considérable de l'extrémité inférieure droite; apyrexie.

29.e Jour. — Peu de sommeil; toux fréquente, expectoration difficile, muqueuse; l'extrémité inférieure droite est tellement enflée, qu'elle a presque le double du volume de celle du côté gauche. La matité n'occupe plus que le tiers inférieur et postérieur des deux côtés de la poitrine; respiration plus libre, voix chevrotante. Urines peu abondantes, mais claires, verdâtres, comme du petit-lait. Apyrexie. (Acét. pot., 4; eau de fen.; eau dist. simp. ââ, 60; oxym. scill.; sir. bl. ââ., 15.)

31.e Jour. — Râles muqueux et sibilants dans toute la partie supérieure du poumon droit, même matité à la base avec absence de bruit respiratoire. Respiration plus gênée que hier. Ventre affaissé, indolore. L'infiltration de la paroi abdominale a presque entièrement disparu; l'œdème s'est concentré dans l'extrémité inférieure droite, depuis la hanche jusqu'au pied; ce membre a aujourd'hui plus du double de volume que celui du côté opposé (Acét. pot. 8). Urines assez abondantes, à dépôt muqueux; un peu de diarrhée. (Vésic. sur le côté droit de la poitrine; taffetas ciré sur le membre.)

34.e Jour. — Nuit bonne; la malade dit avoir beaucoup transpiré; urines abondantes, claires; peau sudorale, pouls apyrétique; appétit. Se plaint de vertiges, de bourdonnements, de faiblesse; amaigrissement général; a encore beaucoup toussé; expectoration muqueuse; bruit respiratoire normal partout, sauf à la

région sous-claviculaire droite, où il y a des râles muqueux. Le membre abdominal droit est presque revenu à son état normal. (Acét. pot. 15.)

36.ᵉ Jour. — *L'extrémité inférieure droite est tout à fait revenue à l'état normal;* l'engorgement mammaire, plus diffus, paraît plutôt vouloir se résoudre. Même état de la poitrine; le vésicatoire suppure beauconp; expectoration abondante, écumeuse, avec grumeaux mucoso-purulents. Pouls subfréquent. (Pot. avec soufre doré, 0,25.)

40.ᵉ Jour. — La malade se lève depuis plusieurs jours; la progression est très-pénible; le membre droit, engourdi, devient douloureux dans les articulations. Mamelle droite toujours volumineuse, proéminente vers le sommet; fluctuation évidente.

44.ᵉ Jour. — Frisson dans la nuit, non suivi de chaleur. Ponction de l'abcès; pus abondant, lié, crêmeux, à la fin floconneux; la mamelle s'affaisse. Toux moindre, mais accompagnée de nausées. Cuisse droite encore un peu gonflée. Frisson dans la nuit suivante, sans chaleur subséquente.

46.ᵉ Jour. — Plus aucun gonflement; seulement la malade dit que quand elle se lève, l'extrémité inférieure devient bleuâtre. Pendant la nuit elle a encore senti le froid qu'elle a éprouvé les nuits précédentes, sans chaleur consécutive. Urines fortement colorées.

51.ᵉ Jour. — Se lève tous les jours et se sent plus forte (elle prend du vin rouge); la toux n'a pas encore entièrement cessé; l'expectoration est peu de chose, mais toujours suspecte; pouls presque normal; urines sans dépôt, jaunes, claires, avec un léger nuage blanchâtre.

53.ᵉ Jour. — Se plaint aujourd'hui de l'*extrémité inférieure gauche*, qui est douloureuse surtout à l'aine et au mollet quand la malade est levée; stase sanguine, coloration bleuâtre, sans œdème. (Frict. d'h. de jusq.)

55.ᵉ Jour. — La douleur s'est concentrée dans la jambe gauche et suit le trajet de la saphène externe; cependant il n'y a pas de gonflement apparent; un peu d'œdème du pied gauche.

65.ᵉ Jour. — Jambe complétement désenflée, douloureuse seulement quand la malade s'appuie sur le pied; cependant elle marche. La toux et les crachats ont disparu. La jambe paraît maintenant amaigrie (moins développée que celle du côté opposé). [Supprimer le taffetas ciré.]

68.ᵉ Jour. — A senti encore, en se levant, une douleur au mollet. (Vésic. en f. de jarretière de 2 tr. de doigts de larg.)

78.e Jour. — Le vésicatoire, qui avait beaucoup suppuré, est guéri. Depuis que la malade est levée, la jambe est enflée le soir et marbrée; gêne continuelle dans la plante du pied en marchant.

90.e Jour. — Sortante. La jambe malade enfle encore dans toute sa lougueur le soir, lorsque la patiente a été debout pendant la journée; elle ne tousse plus; la respiration qui avait paru obscure sous la clavicule est très-nette et très-franche.

Ici la marche de la cachexie séreuse est encore assez rapide, mais sa disparition est longue. Accès de fièvre assez nombreux pendant les premiers jours des couches; puis entérite, douleurs de ventre, diarrhée tenace, chaleur fébrile; ce n'est que le vingt-deuxième jour que ces accidents cèdent aux remèdes; mais alors se développe l'œdème qui devient en quelques jours général; il envahit le péritoine, et même les deux plèvres sans que la respiration soit énormément gênée. Sous l'influence des diurétiques alcalins cette infiltration générale se dissipe assez rapidement, mais pour se concentrer dans le membre inférieur droit; celui-ci a beaucoup de peine à se désenfler d'une manière radicale. — Au cinquante-troisième jour il se développe une phlébite de la saphène externe du côté gauche, mais dont la marche est assez lente; et, au sortir de l'hôpital, la malade dit que sa jambe enfle encore le soir, quand elle a été pendant quelque temps debout.

OBSERVATION XIII.

Rétention des lochies qui plus tard deviennent fétides. — Douleurs dans la région iliaque droite; chaleur et fièvre continue. — Bouffissure générale, fluctuation du ventre. — Albumine dans les urines. — *Cachexie séreuse aiguë.* — 30 sangsues. — Sous-carbonate de soude. — Abcès du ventre et des mamelles. — Cachexie purulente. — Quinquina. — Vin. — Guérison.

Thérèse Rohr, de la Robertsau, âgée de vingt-six ans, blonde, lymphatique, primipare, est accouchée heureusement le 7 avril 1846 à la clinique.

6.e Jour des couches. — Le pouls a toujours été un peu excité, la peau

chaude; mais ce matin la peau est notablement plus chaude, surtout à la poitrine; pouls vif, à 128; abdomen un peu élevé, indolore, légèrement tympanitique, peu de lochies. Petites gerçures au mamelon gauche.

7.e Jour. — Peau chaude; pouls vif, 116; langue un peu irritée; soif; ventre bouffi, non tympanitique; lochies un peu plus abondantes. Toute la journée de la chaleur.

8.e Jour. — Nuit tranquille. Ce matin, l'accouchée se trouve dans le même état d'*excitation fébrile* (chaleur, moiteur, excitation et fréquence du pouls) dans laquelle on l'a trouvée depuis qu'elle est accouchée, sans douleur locale. La face est un peu bouffie, le teint blême, le ventre légèrement tendu et profondément fluctuant; la lèvre gauche de la vulve un peu œdémateuse, les lochies *très-fétides*, la langue irritée; soif; urines abondantes, ventre libre. (Décoct. de chiendent.) Chaleur toute la journée.

9.e Jour. — La bouffissure est devenue générale depuis hier, sans qu'il y ait *infiltration* ou *œdème très-prononcé*, mais semi-transparence de la peau. Le pouls est accéléré, dicrote, intermittent, toutes les 4 à 12 pulsations. Chaleur moite de la peau, soif.

A quatre heures, la pression a été *très-douloureuse* à l'hypogastre et à la fosse iliaque gauche; même excitation fébrile (30 sangsues). — La douleur a été *enlevée* par les sangsues; à sept heures et demie, accès de fièvre, frisson, chaleur toute la nuit, moiteur. Six selles diarrhéiques fétides.

10.e Jour. — Chaleur toute la nuit. Rémission. Pouls à 80, mais intermittent et par moments irrégulier, moins dicrote que hier. Les urines ne précipitent plus. Ventre tendu et tympanitique, mais indolore; fluctuation moins sensible. Lochies diminuées, très-fétides; peu de lait. Bouffissure de la face, gonflement léger de la main droite, mais pas d'œdème très-prononcé. (S. carb. soude, 2; eau dist., 100; eau fl. d'or., 8; sir. gomm., 30; — catapl.; inject. vinaigrées.)

15.e jour. — Presque pas de changement; peau toujours chaude, sèche depuis quelques jours; pouls plein, régulier, 88; langue sèche, irritée. Ce matin on est frappé par l'*état de détuméfaction de tout le corps;* les pieds seuls conservent un peu d'œdème. Langue humide; lochies *complétement supprimées* depuis deux jours. Passablement de lait. Quelques selles séreuses et fétides. Urines citrines, ne donnant pas de précipité. Les deux

mamelons ont des gerçures et ne sont pas assez saillants pour être saisis par l'enfant. (S. carb. soude, 2; eau dist., 100; eau fl. d'or., 10; sir. gomm.; sir. d'op. ââ., 15.)

17.e Jour. — Apyrexie parfaite : encore un peu de bouffissure de la face, le reste du gonflement leucophlegmasique a disparu. Une seule selle. Les mamelons sont profondément gercés, suppuré.

19.e Jour. — Apyrexie, pouls petit, très-régulier; toujours de la bouffissure du ventre; pas de lochies; pâleur générale. Gonflement œdémateux des pieds jusqu'aux malléoles. (Sulf. fer, 8; s. carb. sodique, 8; gomm. adr. q. s., pour faire pil. n.º XL, à prendre 4 pil.)

23.e Jour. — Se trouve bien; l'œdème des jambes a disparu; la face, et la muqueuse des lèvres sont plus colorées; chaleur normale; pouls excité, mais régulier; pas de soif. (Elle est à 6 pilules.) Absence complète de lochies. Mamelles un peu engorgées, mamelons affaissés et couverts de croûtes.

26.e Jour. Les piqûres des sangsues appliquées sur le ventre, sont irritées depuis quelques jours, et ulcérées aujourd'hui. Va bien du reste. (Catapl.)

29.e Jour. — Les piqûres du côté gauche, déjà cicatrisées, se sont de nouveau abcédées; le tissu cellulaire sous-jacent est engorgé et la pression en fait sortir un pus crêmeux. Du reste la malade va bien; elle se lève et les pieds ne sont pas enflés; coloration vive des lèvres et de la langue. (6 pil.)

34.e Jour. — La suppuration des piqûres, abondante ces jours-ci, commence à tarir. Depuis hier la malade se plaint de douleurs dans les reins. Mamelle droite dure, sensible. (Abcès au sommet de la mamelle.)

36.e Jour. — On ouvre cet abcès, qui donne lieu à un écoulement abondant de pus épais, crêmeux. La suppuration des piqûres est complétement supprimée. La mamelle gauche est volumineuse, dure, douloureuse; apyrexie.

38.e Jour. — Même état de la mamelle gauche; la droite est revenue à son état normal. Les parois abdominales offrent trois noyaux d'induration, du volume du pouce, au siége des piqûres de sangsues; pression douloureuse; ces noyaux suppurent déjà le lendemain. Apyrexie.

40.e Jour. — Sensation de brûlure très-vive à la mamelle gauche, qui est tendue, volumineuse, fluctuante.

43.e Jour. — Les abcès de la paroi abdominale sont guéris. Mamelle rouge à son sommet.

51.e Jour. — La distension de la mamelle est arrivée à son plus haut degré; la fluctuation est générale. Ponction avec le bistouri : il en sort immédiatement 300 grammes d'un pus épais, crêmeux, entremêlé de grumeaux sanguinolents; la glande se distingue bien, mais elle est atrophiée, refoulée dans la partie supérieure de la mamelle.

60.e Jour. — La mamelle gauche suppure toujours beaucoup. Il s'est de nouveau formé un abcès à la mamelle droite, par la ponction il s'en écoule 100 grammes d'un pus pareil au précédent. Nouvelles menaces de suppuration des piqûres de sangsues. (Ec. quinq. r., 10; f. déc. de 100; éth. nitr., 1; sir. éc. d'or., 15; — eau vineuse.)

78.e Jour. — La suppuration tend toujours à se reproduire. A droite on est obligé de faire une contre-ouverture. L'apparition d'un noyau phlegmoneux en dedans de la mamelle gauche, presque sur le sternum, indique encore que les abcès mammaires s'étaient développés sous les glandes.

La guérison n'a été définitive que le 27 août, époque où la femme a quitté l'hôpital.

L'histoire de cette malade comprend deux périodes bien distinctes en apparence, mais qui se touchent cependant par un lien intime. Dans la première, nous voyons de la chaleur, une fièvre continue pendant les huit premiers jours des couches; puis les lochies deviennent tout à coup fétides, il se développe rapidement une infiltration générale; elle disparaît également en très-peu de temps, et avec cette disparition la chaleur tombe, le pouls perd son intermittence et son irrégularité : les accidents sont, sinon arrêtés, au moins très-amendés : lorsque la malade se trouve bien, que l'œdème a disparu, que le pouls est devenu petit, régulier, apyrétique, on voit se manifester tout à coup une singulière tendance à la suppuration; les piqûres des sangsues s'ulcèrent, s'abcèdent à plusieurs reprises; lesdeux mamelles deviennent le siége de plusieurs abcès énormes; partout cependant le pus est bien lié, épais, crêmeux : c'est une véritable *cachexie purulente.* Le traitement, comme on le voit, a consisté dans les diurétiques alcalins pendant la période fébrile; le fer donné pour

reconstituer le sang, n'a pas empêché la cachexie purulente de se développer, et celle-ci alors a réclamé le quinquina.

Cette observation est bien propre, ce nous semble, à ouvrir les yeux de ceux qui veulent tout expliquer par des faits isolés, par des altérations locales, et qui se refusent à reconnaître que chez les accouchées les maladies revêtent une physionomie particulière, ont un caractère spécial, suivent une marche qui n'est pas leur marche ordinaire, qu'elles sont dominées par un fait plus général, qui constitue pour ainsi dire leur essence ; que ce *quid ignotum* doit être précisément cherché dans les modifications imprimées à l'organisme par la grossesse, c'est-à-dire dans *l'état puerpéral.*

Diagnostic.

Il semblerait, d'après les détails dans lesquels nous sommes entré plus haut, que la cachexie séreuse doive facilement se reconnaître, et que la question du diagnostic ne mérite seulement pas d'être soulevée. Dans les cas ordinaires certainement il en est ainsi : lorsque la maladie n'est arrivée encore qu'au premier ou au deuxième degré, c'est-à-dire lorsqu'elle se présente sous la forme d'un œdème local ou d'une leucophlegmasie générale, les phénomènes sont palpables, on ne peut s'y tromper. Mais lorsque le mal passe du deuxième au troisième degré, qu'il attaque les organes internes, c'est alors que surviennent des accidents très-divers, et qui ne présentant pas, chez toutes les malades, le même caractère, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic; au point de vue pratique ces erreurs ne sont pas toujours préjudiciables, parce qu'à ce degré les malades ont peu de chance d'être sauvées : cependant nous ne croyons pas inutile de faire voir en quoi elles peuvent consister.

A. Épanchement abdominal.

Lorsque le liquide envahit la cavité péritonéale, on peut, dans certaines circonstances, en méconnaître l'origine, dans d'autres éprouver

de la difficulté à constater la présence de ce liquide. Nous n'avons pas à faire ici l'histoire de l'ascite, nous n'en prendrons que ce qui offre quelques rapports avec notre sujet. Ainsi l'on pourrait rapporter l'épanchement :

1.° *A une péritonite aiguë.* — La quantité de liquide peut être assez grande pour donner lieu à une augmentation considérable du volume du ventre, augmentation à laquelle contribue déjà l'utérus. Rappelons-nous aussi que la cachexie séreuse revêt quelquefois la forme aiguë, fébrile, dans laquelle on voit se développer des inflammations, entre autres celle du péritoine; mais la méprise ne pourra durer longtemps si l'on songe aux circonstances suivantes : α) dans la période inflammatoire le ventre est météorisé, excessivement douloureux au moindre contact; à la percussion, le son est tympanitique; β) lorsque l'épanchement est formé et qu'on le soupçonne d'être le résultat d'une phlegmasie plus ou moins récente, la question est de savoir si cette péritonite a été idiopathique, qu'on nous pardonne le mot; eh bien, la coexistence d'une hydropisie plus ou moins générale, d'épanchements simultanés dans d'autres séreuses; enfin, de l'état puerpéral (dans son sens le plus étendu), fera ressortir la prédominance d'un fait plus général, la cachexie séreuse, dont cet épanchement n'est qu'un des accidents; γ) autant la péritonite est fréquente pendant les couches, autant elle est rare dans le courant de la grossesse.

2.° *A une péritonite chronique.* — Mais, α) l'épanchement dans ces cas n'est pas d'ordinaire très-considérable; il s'est formé petit à petit; sa marche a été lente; β) il a existé et il peut encore exister des troubles plus ou moins marqués du côté des organes digestifs, produits par l'état maladif de ces organes ou par des adhérences; γ) les antécédents de la malade, l'histoire de ses différentes grossesses, sont des éléments qui ont leur importance au point de vue du diagnostic; δ) enfin, les autres symptômes tirés de l'état général actuel, devront lever tous les doutes.

3.° *A une maladie du foie, à des tumeurs abdominales.* A l'article *Complications*, nous verrons que des cas de cette espèce ont été observés;

mais il ne suffit pas d'avoir, par un examen sérieux, constaté l'existence de l'une ou l'autre de ces maladies chez une femme enceinte hydropique, pour être en droit d'attribuer l'hydropisie à cette affection seule. Il a déjà été dit que des causes de cette nature peuvent amener un épanchement dans l'abdomen, mais point d'infiltration générale, à moins qu'il n'existe en même temps une altération des liquides.

4.° *A la maladie de* Bright. — Ici, sans doute, le diagnostic pourrait offrir quelques difficultés, surtout si l'état de grossesse est méconnu; car, disons-le de suite, cette espèce d'albuminurie est rare pendant cette période. La forme de la maladie, la marche de l'infiltration, le caractère des urines, présentent avec les symptômes de la cachexie séreuse une analogie assez grande pour que le doute soit légitime. Cependant, dans la maladie de Bright, l'hydropisie a été en général précédée de frissons; elle peut débuter par tous les points de l'économie; il est assez ordinaire de trouver dans le refroidissement une cause occasionnelle; les douleurs à la région rénale manquent rarement; les urines sont fortement chargées d'albumine. La cachexie débute presque toujours par les extrémités inférieures; les causes véritablement déterminantes sont rarement appréciables; les urines sont moins albumineuses.

Maintenant, peut-on toujours constater la présence du liquide dans la cavité abdominale? Poser la question, c'est la résoudre. Dans les cas, en effet, où le liquide est en quantité assez considérable, où la matrice est très-volumineuse, difficile à circonscrire, où il existe en même temps une hydropisie de l'amnios, coïncidence qui n'est pas seulement une hypothèse, on conçoit que la percussion et le ballottement donneront des résultats peu satisfaisants; on aura même de la peine à sentir la fluctuation par ce procédé si ingénieux qui consiste à presser le ventre avec une main et à donner légèrement un coup sec avec un doigt de l'autre; enfin, n'oublions pas que la distension démesurée de la vessie peut fournir un élément de plus à l'erreur; c'est assez indiquer le moyen de l'éviter.

B. L'épanchement de sérosité dans le *péricarde* peut simuler une péricardite. Les symptômes organiques, tels que la voussure, la matité, le frottement, les bruits anormaux, ne différant guère dans les deux cas, les troubles fonctionnels seuls devront attirer notre attention; ce sont : la douleur, l'anxiété, l'oppression, la fièvre. Comme pour la péritonite, nous sommes obligé d'étudier la péricardite à l'état aigu et à l'état chronique. 1.° Dans le premier cas, la marche de la maladie a quelque chose d'éminemment actif. On pourrait nous objecter que la cachexie séreuse aiguë peut donner lieu à une inflammation non moins active; mais l'état du pouls éclairera nos doutes. Le pouls, dans la forme aiguë de la cachexie, peut être large, fort, développé, fréquent même, en un mot, fébrile; mais il n'a jamais cette dureté, cette rudesse, cette irrégularité qui en font un des signes caractéristiques de la péricardite; de plus, lorsque, dans la péricardite, l'épanchement s'est formé, les infiltrations consécutives sont loin d'être ordinaires, tandis que l'épanchement survenant dans la cachexie est un phénomène ultime qui ne se déclare que lorsque d'autres symptômes plus généraux ont déjà fait reconnaître la véritable nature de la maladie. 2.° Sans doute, les caractères du pouls ne sont plus aussi tranchés dans la péricardite chronique; sans doute aussi, celle-ci produit plus souvent que l'autre des infiltrations et des épanchements; mais ce n'est toujours que consécutivement, et dans les antécédents de la malade, il sera possible de trouver quelques troubles de la circulation antérieurs à la grossesse; car il serait bien extraordinaire que cette péricardite eût débuté et suivi une marche chronique en même temps que se développait la cachexie. Nous le répétons, la cachexie est déjà bien déclarée quand se forme l'épanchement. Nous ne donnons pas de lois, ce serait méconnaître ce grand principe que les manifestations de la nature sont très-variables et ne se laissent pas traduire ou expliquer par des formules absolues; aussi n'avons-nous pas la prétention de résoudre un problème souvent fort complexe; nous nous bornons à attirer l'attention sur quelques faits particuliers.

C. Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous dispenseront de faire une fastidieuse répétition en ce qui concerne l'épanchement de sérosité *dans la plèvre.* La cachexie séreuse, dans sa forme aiguë, peut sans doute donner lieu à une pleurésie avec épanchement; mais c'est un fait exceptionnel. D'ailleurs, une pleurésie franche a des caractères qui permettent rarement de la méconnaître; elle n'est pas susceptible de produire une hydropisie générale, et l'épanchement une fois formé, peu importe qu'il soit dû à telle cause ou à telle autre, l'indication thérapeutique sera la même pour le médecin rationnaliste. Nous pouvons dire que dans les circonstances où nous sommes placés, c'est-à-dire, chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, et atteintes de cachexie séreuse, l'épanchement qui se fait dans la plèvre, doit *presque* toujours être considéré comme un accident grave dépendant immédiatement de la maladie générale, et quand cet épanchement a lieu simultanément dans les deux plèvres, l'esprit ne peut plus conserver de doute.

D. Nous arrivons maintenant à une maladie sur laquelle nous devons attirer davantage l'attention, d'abord parce qu'elle est très-fréquente; en second lieu, parce qu'ici il ne peut plus être indifférent de mettre plus ou moins de précision dans le diagnostic. Nous voulons parler de l'*œdème du poumon.* On a pris et l'on prend encore souvent l'œdème du poumon pour une pneumonie. Comment cette grave erreur pourrait-elle se justifier? Il nous faut ici rappeler les symptômes locaux de la pneumonie; savoir : la douleur de côté, les signes fournis par la percussion et l'auscultation, la toux, la dyspnée, l'expectoration, enfin, l'état du pouls. D'abord, n'oublions pas que la cachexie séreuse est susceptible, dans sa forme aiguë, de produire la pneumonie; mais là n'est pas la question; le problème à résoudre est le suivant : la cachexie séreuse, lorsqu'elle envahit le poumon et forme l'œdème pulmonaire, peut-elle donner lieu à des symptômes locaux, *comparables* à ceux de la pneumonie? Est-il possible de les *confondre?* Nous répondrons oui à la première question; et non à la seconde.

α) *Douleur.* — Presque constante dans la pneumonie, elle manque souvent dans l'œdème, alors même que les autres symptômes sont bien marqués; et quand elle existe, elle est rarement aussi vive, pongitive, lancinante que dans la pneumonie.

β) *Matité.* — Constante et franche dans la pneumonie; dans la cachexie, elle est loin d'être aussi caractérisée; c'est seulement une diminution de la sonorité, encore cette diminution ne s'observe-t-elle que lorsqu'il se joint à la maladie un élément catarrhal; dans les cas ordinaires, la sonorité est plutôt augmentée.

γ) *Râle crépitant.* — C'est le seul symptôme qui puisse véritablement induire en erreur, surtout si on le considère isolément. Râle humide, vésiculaire, à bulles fines, distinctes, assez arrondies, égales entre elles, faciles dans leur développement. Cependant nous remarquerons que dans la pneumonie le râle est circonscrit à la région malade, que dans l'œdème les bulles sont plus disséminées; dans l'observation que nous avons recueillie (VII), elles occupaient toute l'étendue des deux poumons; elles disparaissent par moments, et reviennent, comme on peut le voir dans l'observation XIVe

δ) *Bruit respiratoire.* — La respiration est tout au plus diminuée dans l'œdème, tandis qu'elle éprouve de véritables modifications dans la pneumonie.

ε) *Toux.* — Constante dans la pneumonie et non quinteuse, c'est là un de ses caractères; dans certains cas, elle est très-rare, dans d'autres, presque continue. — Mais elle peut manquer dans l'œdème, et quand elle existe, elle est rarement intense, plus fatigante que douloureuse, d'ordinaire quinteuse.

η) *Expectoration.* — Il arrive quelquefois que les malades atteintes d'œdème pulmonaire, jettent des crachats sanguinolents, qui peuvent causer une grande inquiétude; mais ce ne sont d'ordinaire que quelques stries sanguines, perdues dans une quantité assez considérable de sérosité spumeuse; les crachats véritablement rouillés n'appartiennent qu'à la pneumonie.

θ) *Dyspnée.* — Elle se manifeste dans les deux circonstances et ne présente pas de différences bien marquées. Cependant elle peut manquer dans la pneumonie, au moins les malades disent-ils qu'ils respirent bien; la respiration est courte, fréquente et en général la dyspnée est en rapport avec l'intensité de la douleur; elle ne fait jamais défaut dans l'œdème, et à moins que celui-ci ne soit porté à un très-haut degré, les mouvements respiratoires sont plus lents et paraissent être plus profonds.

ζ) *Pouls.* — Enfin, l'état du pouls nous permettra encore de séparer ces deux affections: les cas de pneumonie, dans lesquels le pouls ne s'accélère pas, sont excessivement rares; il est large, développé, plein, tendu, fréquent; l'œdème pulmonaire n'exerce guère d'influence sur la circulation, surtout dans la cachexie chronique, où nous avons reconnu au pouls des caractères tout différents.

On le voit, si quelques symptômes de l'œdème pulmonaire, observés isolément, peuvent légitimement être pris pour ceux d'une pneumonie, il faut les confronter avec les autres, pour en former un faisceau qui seul dissipera les doutes.

Nous devons à l'obligeance de M. Joyeux, professeur agrégé à la Faculté, la communication d'une observation extrêmement intéressante, et que nous ne saurions mieux placer qu'ici; nous profitons de l'occasion pour le remercier publiquement de la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant notre internat au service des accouchements.

OBSERVATION XIV.

Au commencement de juillet 1851, je fus appelé auprès de Madame C., demeurant à Strasbourg, pour l'assister pendant son accouchement. Le médecin ordinaire me communiqua préalablement les renseignements que voici: Madame C. est âgée de quarante-un ans, et s'est mariée à trente ans. Elle a été accouchée, pour la première fois, il y a trois ans, au moyen du forceps; et a nourri, pendant près de quatre mois, son enfant, qui est mort de pneumonie à l'âge de

sept mois. Devenue enceinte, pour la deuxième fois, en octobre 1850, elle a remarqué, en janvier 1851, que les jambes étaient enflées, surtout le soir; l'œdème, au quatrième mois, atteignait les grandes lèvres. A quatre mois et demi, Madame C. fut atteinte d'une méningite cérébrale, qui mit ses jours en danger, et exigea, entre autres moyens de traitement, trois applications de sangsues, et trois saignées du bras. Au huitième mois l'œdème avait envahi non-seulement les membres inférieurs, la vulve, les hanches, l'abdomen, mais le tronc même, jusqu'aux mamelles.

Je vis la malade, pour la première fois, le 7 juillet au matin, et je constatai l'état suivant: stature élevée, épaules très-larges, coup court, tête développée; yeux à fleur de tête, face d'une pâleur de cire, bouffie; œdème énorme, occupant les pieds, les jambes, les cuisses, les parties génitales, la paroi abdominale, les lombes, et le tronc jusque sous les aisselles; respiration courte, fréquente, difficile; pouls fort, large, dur et fréquent; point de chaleur; langue et lèvres pâles; appétit conservé; selles rares; presque pas de sécrétion urinaire; intelligence très-nette, caractère très-ferme. Madame C. éprouvait déjà des douleurs annonçant le travail; celui-ci, en effet, marcha rapidement, et se termina à trois heures de l'après-midi, sans autres particularité, que des anxiétés précordiales et une dyspnée extrême, qui força la patiente à accoucher *debout*, les deux mains appuyées sur une chaise, et les reins soutenus par une garde vigoureuse et par le mari. Il n'y eut qu'une perte modérée, au moment de la délivrance, une demi-heure après le part. L'enfant, du sexe féminin, était *fort* et *bien portant.*

1.er Jour des couches. — 8 Juillet. Après une nuit assez tranquille, Madame C. s'est sentie oppressée le matin; l'œdème est le même qu'hier, peu d'urine. (30 gr. d'acét. de pot. dans une potion; frict. de teint. de scille et de digitale sur les jambes.)

2.e Jour. — Même état; pouls fort, dur, 96; chaleur modérée; lochies rouges, médiocrement abondantes.

3.e Jour. — Dyspnée intense, toux, râles disséminés dans le thorax, sonorité à la percussion. (Potion avec 4,00 d'ipéc. — 2 Vésicat. aux cuisses.)

4.e Jour, — Trois vomissements, une selle dure, moins d'oppression, pouls à 84, dur, fort; écoulement lochial plus copieux que hier; céphalalgie frontale, qui fait *atrocement* (sic) souffrir l'accouchée. — Soif. (Infusion de genièvre vineuse; potion avec 4,00 de nitre.)

5.e et 6.e Jours. — Peu de changement.

7.e Jour. — Au soir la dyspnée revient, *effrayante;* point de toux; râles fins à la base du poumon gauche; sub-matité à la percussion; pouls à 100, fort; mamelles flasques; peu de lochies séreuses. (Potion avec 0,30 de tartre stibié; large vésicatoire sur le côté gauche.)

8.e Jour. — Dix ou douze selles liquides et involontaires; la respiration est devenue plus libre; les râles et la matité *semblent* avoir complétement disparu; un peu de toux sans expectoration; moins de céphalalgie; l'œdème persiste; urines très-copieuses; facies meilleur; la malade demande à manger. (Potage; aile de poulet.)

10.e Jour. — (Potion avec acét. de pot. 10; 4 pil. de Vallet; sachets de fleurs de sureau autour des jambes.)

11.e Jour. — Suppression presque complète des urines; agitation, dyspnée; accès inquiétants; dans la nuit l'oppression est si grande, qu'on donne de nouveau la potion stibiée.

12.e Jour. — Six selles; six vomissements; mieux notable; les râles, nettement entendus hier, ont disparu (on reprend les pilules de fer, 6 en trois fois).

13.e Jour. — La nuit a été mauvaise; les urines ont diminué; l'œdème a augmenté; peau chaude; pouls dur, à 100; langue pâle; soif; pas de selle. (On renonce définitivement au fer, qui arrête et les urines et les selles, et l'on reprend les diurétiques; lavement de savon.)

14.e Jour. — Une seule selle, dure; peu d'urine, la toux augmente; point de crachats; sub-matité en arrière, dans toute l'étendue du thorax; respiration soufflée; çà et là quelques râles crépitants et sous-crépitants; pouls à 108, dur; (pot. avec 0,15 de tartre stibié.)

15.e Jour. — Soulagement marqué; plusieurs selles; diurèse; point d'expectoration; la toux a augmenté, mais l'oppression est moindre. (Même potion.)

16.e Jour. — Pas de selle; point de vomissement; les râles et la matité ne sont plus perçus; respiration libre; vers le soir, douleurs aiguës dans le ventre; hypogastre tendu; la matrice, encore volumineuse, ne supporte pas la moindre pression; point de lochies. (Catapl. émoll.; potion calmante.)

17.e Jour. — Peu de changement. (Calomel 0,05 avec 0,01 d'opium; répéter la dose d'h. en h.)

18.e Jour. — La malade refuse le calomel et toute potion. La douleur de ventre persistant, on applique sur l'hypogastre un large vésicatoire.

20.e Jour. — Les deux dernières nuits, à onze heures, Madame C. a eu un frisson de quarante minutes chaque fois; puis de la chaleur, qui dura jusqu'à trois heures du matin; tiraillements douloureux dans les jambes, dont l'œdème persiste; le ventre est beaucoup moins sensible, mais il devient ascitique; lochies rouges; urines assez abondantes; huit selles liquides; teint d'une pâleur livide; face bouffie, paupières gonflées; respiration difficile; matité du thorax en arrière; râles nombreux de divers calibres, partout; toux sans crachats. Le moral s'affaissse (0,60 de sulfate de quinine dans 100 d'eau).

21.e Jour. — L'accès est revenu à onze heures précises, mais moins violent; surdité, vue affaiblie; le pouls reste à 116, très-large, très-dur. (0,60 de sulf. quin.)

22.e Jour. — Le frisson n'a point eu lieu; il y a eu seulement de la chaleur et de l'agitation; mais les urines se sont supprimées; pas de selle; la langue se sèche. (On suspend le sulfate de quinine. Eau alcaline gazeuse pour boisson.)

23.e Jour. — Nuit horrible, étouffements, pas de selle; pouls à 130, *dur et large*. Dans l'après-midi, frisson de dix minutes; faiblesse extrême (Pot. cordiale). Vers le soir, diaphorèse; amélioration momentanée; respiration assez libre; l'œdème des jambes est plus mou; la matrice indolore supporte une assez forte pression; elle a sensiblement diminué de volume; point de lochies. Dans la nuit, hémorrhagie utérine abondante; affaiblissement rapide de la malade. (Élixir acide de Haller 2,00 dans une potion.)

24.e Jour. — La perte continue. (Extr. aq. de seigle ergoté 2,00 dans eau de mélisse 100,00; sir. d'éc. d'or. 30,00; — limon. minérale.)

A dix heures, la respiration s'embarrasse; à trois heures, l'agonie commence, et à cinq heures, Madame C. s'éteint après une lutte désespérée. — La famille n'a point permis l'autopsie.

Nous voyons ici une personne bien constituée chez laquelle il se développe à quatre mois de grossesse un œdème des extrémités infé-

rieures et de la vulve; à cette époque, elle est atteinte d'une maladie aiguë, qui nécessite de nombreuses émissions sanguines; il n'est pas étonnant que dans ces conditions l'œdème ait fait des progrès; il est devenu général à huit mois. Cependant la malade peut se soutenir jusqu'à terme, et accouche rapidement, mais *debout,* la dyspnée ne lui permettant pas la position horizontale; il est à remarquer en outre que l'enfant est *fort* et *bien portant.*

Disons-le de suite, l'œdème des membres inférieurs a persisté jusqu'à la fin, et l'attention du médecin a été dirigée presque exclusivement du côté de la poitrine : là étaient les véritables dangers. A deux reprises différentes (le septième et le quatorzième jour des couches), la submatité, les râles crépitants et sous-crépitants, le souffle qui a été entendu une fois, les caractères du pouls, ont pu faire croire à l'existence d'une pneumonie; on a prescrit le tartre stibié. Ce médicament a provoqué des selles plus ou moins nombreuses, et les accidents s'amendaient chaque fois d'une manière assez notable; mais cette amélioration n'était que momentanée; remarquons encore ces râles qui un jour occupent presque tout le poumon, et disparaissent le lendemain, pour revenir plus tard presque aussi nombreux. Le fer a été donné à plusieurs reprises, mais comme on avait cru remarquer une singulière coïncidence entre l'administration de ce médicament et la suppression des urines et des selles, avec aggravation des symptômes, on y a renoncé définitivement. — Nous rappellerons enfin que pendant tout le temps, le pouls a été large, fort, dur, fréquent. Il est à regretter qu'on n'ait pas pu pratiquer l'autopsie; il n'est pas douteux pour nous que cette dame est morte de cachexie séreuse; chez elle la prédisposition était bien établie, et le développement complet de la maladie a été favorisé par des pertes de sang nombreuses; mais nous aurions été curieux d'examiner l'état des poumons, qui pendant la vie ont présenté des symptômes si variables et si difficiles à apprécier.

Anatomie pathologique.

Dans le cas où la mort n'a pas été déterminée par une complication, mais a été le résultat des progrès du mal, c'est-à-dire de la cachexie séreuse, voici ce que l'on trouve à l'autopsie :

α) Une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané de toute la surface du corps; mais l'œdème affecte particulièrement certaines régions, à savoir, 1.° *Membres :* les inférieurs dans leur totalité, mais surtout le dos des pieds, les malléoles, les cuisses; souvent l'œdème est tellement considérable, que les membres paraissent n'être formés que d'une seule pièce, les saillies et les creux ont disparu; les membres supérieurs sont d'ordinaire moins gonflés, l'œdème siége le plus souvent aux mains, aux poignets; il est rare qu'il dépasse le coude. — 2.° *Tronc :* la vulve, souvent œdématiée, ne présente pas souvent cette distension énorme qu'on observe pendant la grossesse, parce que des mouchetures préalables ont favorisé l'issue d'une grande partie du liquide; en revanche, les parois abdominales sont plus ou moins œdématiées, surtout à leurs parties déclives, et au-dessus du pubis, où elles forment le bourrelet sus-pubien; l'œdème peut avoir envahi la région axillaire, mais cela n'est pas constant. 3.° *Face :* ce n'est que dans les cas exceptionnels que toute la face est envahie; tantôt ce n'est qu'une légère bouffissure, tantôt c'est un œdème considérable des joues et surtout des paupières.

La peau de toute la surface du corps présente un aspect remarquable; elle est pâle, d'un blanc mat; aux membres on n'y aperçoit pas de trace de vaisseaux, on dirait que le réseau veineux superficiel a complétement disparu; cette peau est molle, empâtée, elle conserve l'empreinte des doigts. Lorsqu'on pratique une incision, et ceci s'applique surtout aux membres inférieurs, on est frappé de la profondeur qu'il faut lui donner pour tomber sur la première couche

musculaire. Tout l'espace compris entre cette dernière et la peau, est rempli par un amas de liquide qui baigne, ou plutôt inonde le tissu cellulaire et la graisse; mais dans d'autres cas, on ne trouve presque plus de trace de graisse; le tissu cellulaire est épaissi, induré, assez méconnaissable, souvent même il a aussi disparu en partie, et l'on ne rencontre qu'une couche très-épaisse, formée par un liquide séro-albumineux, de consistance gélatineuse, d'une coloration blanc-jaunâtre, comme translucide, assez homogène. Les veines sous-cutanées sont pâles, exsangues, grêles, atrophiées, à tel point qu'on a souvent de la peine à trouver les saphènes, mais du reste, elles ne présentent pas d'altération dans leur texture, pas plus que les vaisseaux lymphatiques. La face est également pâle, mais le liquide infiltré est plus limpide, surtout aux paupières, qui peuvent être énormément gonflées, mais sont toujours translucides.

β) Le liquide infiltré ne se borne pas au tissu cellulaire sous-cutané, il baigne également celui qui sépare les différentes couches musculaires, au point que celles-ci sont véritablement disséquées; dans un cas, entre autres, nous avons vu ce phénomène si bien marqué, pour les différents plans qui constituent la ceinture abdominale, qu'il suffisait de relever les muscles et que cette disposition aurait parfaitement pu servir pour une démonstration anatomique; les muscles, néanmoins, sont aplatis, pâles, exsangues, réellement atrophiés; dans d'autres cas, ils sont plus ou moins altérés, et quand la sérosité a gagné leur tissu cellulaire interstitiel, on ne rencontre plus qu'une sorte de bouillie composée de sérosité albumineuse, de graisse, de tissu cellulaire, de fibres musculaires, mais où ces différents éléments sont plus ou moins méconnaissables.

γ) Les vaisseaux de la périphérie sont pâles, vides de sang; pour trouver ce liquide, il faut ouvrir les gros troncs veineux; d'ordinaire, le système veineux abdominal regorge d'un sang abondant, tout noir, diffluent, non coagulé, ou peu; les veines caves et les veines pulmonaires sont également gorgées d'un sang pareil. Les artères sont pâles, leur

calibre a diminué, elles paraissent atrophiées et ont perdu de leur fermeté.

δ) *Viscères.* — Canal intestinal pâle à sa surface, quelquefois atrophié ; foie souvent volumineux, gorgé d'un sang noir, épais ; rate tantôt ramollie et gorgée de sang liquide; tantôt pâle, exsangue, dure; — les reins sont anémiques, mais ne présentent pas d'altération, leur volume est variable; vessie également pâle, souvent distendue par de l'urine claire. Dans certaines circonstances, on trouve une véritable infiltration du tissu interstitiel de la matrice, soit au col, soit au corps même; mais ces cas sont rares. — Cœur pâle, évidemment exsangue; il paraît atrophié, ne contient du sang ni dans les ventricules ni dans les oreillettes; on y rencontre cependant quelquefois des caillots fibrineux. Poumons plus ou moins œdématiés et présentant des traces des diverses affections qui accompagnent presque toujours l'œdème pulmonaire; pâles à l'extérieur ou d'une couleur ardoisée; crépitants; quand on les incise, il s'échappe de tous les côtés une sérosité roussâtre, spumeuse, abondante; les bronches, la trachée-artère elle-même peuvent être plus ou moins remplies d'un liquide séro-spumeux; mais ce ne sont pas les cas les plus ordinaires. Le cerveau est pâle, anémique; à l'incision il ne présente pas de piqueté, de sablure, il est quelquefois assez ferme.

ε) *Cavités séreuses.* — Le péritoine, le péricarde, les plèvres, l'arachnoïde contiennent du liquide en quantité plus ou moins considérable, surtout le péritoine et les plèvres; c'est ordinairement une sérosité citrine, verdâtre, claire, limpide, rarement trouble, ayant l'aspect du petit-lait clarifié — Le liquide épanché dans l'arachnoïde, et que l'on observe surtout dans les ventricules et à la base du cerveau, a les mêmes caractères, mais il est rarement en quantité considérable.

Complications.

Si l'on voulait réserver le nom de complications seulement aux accidents qui peuvent survenir à une époque où la maladie principale est plus ou moins développée, il est tout un groupe de maladies qu'il faudrait passer sous silence, ce sont les maladies chroniques. Elles peuvent, en effet, remonter à une époque antérieure à la grossesse, continuer leur marche pendant que cette dernière évolution parcourt ses phases, et pour le cas spécial, subir de la part de la cachexie séreuse une influence plus ou moins fâcheuse; et l'on voudrait leur refuser tout rôle actif, c'est-à-dire, nier que la cachexie séreuse puisse, dans sa marche, se ressentir de l'existence de ces maladies? Mais c'est inadmissible; nous accordons plus d'extension au mot complication, et nous considérons comme telles : 1.° Non-seulement les maladies qui se déclarent lorsque la cachexie est déjà développée, et elles sont en général aiguës; 2.° mais encore des affections chroniques qui peuvent avoir débuté avant la grossesse; il est même remarquable que ce soient celles-ci qu'on observe le plus fréquemment.

La péritonite, la pneumonie, la pleurésie, la péricardite appartiennent spécialement à la forme aiguë de la cachexie, et aggravent incontestablement la position des malades; mais remarquons que ces accidents sont inhérents à la maladie principale, et qu'en dehors de la forme aiguë, là où ils devraient véritablement prendre le nom de complications, ils sont excessivement rares.

Nous avons déjà vu ce qu'il faut penser de l'éclampsie pour être dispensé d'y revenir.

La phthisie pulmonaire, la bronchite chronique, l'emphysème, les maladies du cœur, du foie, voilà de véritables complications;

par elles-mêmes déjà, elles portent un obstacle plus ou moins considérable aux fonctions de la respiration et de la circulation; elles affaiblissent, elles minent la constitution; et il n'est pas difficile de comprendre qu'elles doivent exercer une funeste influence sur la marche d'une maladie qui reconnaît pour cause une altération du sang, et qui a pour effet de troubler ces deux fonctions essentielles.

Si nous ne parlons pas ici de la maladie de Bright, c'est que nous avons assez fait entendre que cette maladie est très-rare pendant la grossesse; il est évident que lorsqu'elle se déclare dans ces circonstances, elle ne peut qu'ajouter un élément de complication de plus à une affection par elle-même si complexe.

Il arrive quelquefois que les parties trop distendues par le liquide et soumises à une pression continue tombent en gangrène; il en résulte des ulcères de mauvaise nature, qui ont de la tendance à gagner dans tous les sens, deviennent souvent énormes et contribuent à épuiser les malades.

Nous ne parlerons pas des congestions séreuses métastatiques, puisque ces accidents sont sous la dépendance immédiate de la maladie générale.

Nous ne pouvons ici en dire davantage, car en voulant entrer dans les détails, nous serions nécessairement amené à faire du pronostic, ce qui sera l'objet d'un article spécial.

Pronostic.

Nous avons vu quelle est la marche générale de la cachexie séreuse, alors qu'elle est simple; nous avons vu que dans certaines circonstances le diagnostic peut être difficile, et donner lieu à des méprises qui ne laissent pas que d'être préjudiciables aux malades; nous venons de voir enfin que des complications variées peuvent surgir

et donner à la maladie une physionomie nouvelle. Essayons d'après cela de nous faire une idée du plus ou moins de gravité que présente cette affection.

„ *La cachexie séreuse est-elle grave, oui ou non?* " On ne peut évidemment pas répondre à une question posée de cette façon; pour pouvoir résoudre un problème aussi complexe, il faut non-seulement envisager la maladie dans son ensemble, mais encore la décomposer et étudier ses différents éléments.

1.° Lorsque la cachexie n'est encore arrivée qu'au premier degré (p. 28); elle n'est pas sérieuse; l'œdème disparaît sans secours de l'art avant ou après l'accouchement; les femmes arrivent presque toujours à terme, et le travail est assez facile.

2.° Au deuxième degré (p. 29) certainement la position des malades est empirée; les principales fonctions commencent à être troublées, mais on ne peut pas encore dire que la vie soit véritablement en danger, car, après l'accouchement, l'hydropisie disparaît souvent en peu de temps. Il est cependant une circonstance, qui mérite d'être prise en sérieuse considération; c'est que les femmes arrivent rarement au delà du huitième mois de la grossesse, la maladie devient la cause occasionnelle de l'accouchement prématuré.

3.° Lorsque la cachexie a passé au troisième degré (p. 34), nous n'hésitons pas à le dire, le cas est grave. Elle envahit, en effet, des organes essentiels à la vie et les attaque souvent tous simultanément; le plus ordinairement c'est le poumon, ou plutôt les poumons; l'œdème pulmonaire a de la tendance à se généraliser, et si l'on se rappelle ce que nous avons dit, savoir, que l'œdème est alors rarement seul, qu'il s'y joint assez souvent un épanchement pleural plus ou moins considérable, on comprendra que l'asphyxie, véritable épée de Damoclès, menace à chaque instant les malades de les enlever; le pouls petit, filiforme, misérable, indique assez l'état de la circulation, et explique comment le moindre mouvement peut amener une syncope; ce n'est pas tout, très-souvent il existe une bronchite chronique avec

expectoration plus ou moins abondante, mais souvent difficile; on voit alors ces malheureuses, dans des quintes affreuses, devenir toutes violacées, éprouver des angoisses inexprimables, avoir des nausées, quelquefois des vomissements et, plus d'une fois, la scène s'est terminée tout à coup par la mort. On pourrait nous reprocher d'avoir exagéré le tableau, de nous être laissé trop entraîner à des idées théoriques, mais ce que nous avons dit, nous l'avons vu, et nous exprimons encore une fois ici notre étonnement, de voir une maladie aussi grave à peine mentionnée dans les auteurs.

Si cet état est grave pour la mère, il ne l'est certes pas moins pour l'enfant qu'elle porte dans son sein. Souvent il meurt avant de naître, soit parce que la maladie de la mère a enrayé sa nutrition, soit que la femme succombe elle-même avant d'être accouchée, et s'il vient vivant au monde, il est presque toujours chétif.

Pour ce qui concerne les complications, nous avons peu de choses à dire. Il est un fait qui a soulevé bien des discussions, mais qui, aujourd'hui, ne doit plus laisser de doute dans l'esprit de personne; ce fait, le voici : *la marche des maladies chroniques peut paraître enrayée pendant la grossesse; mais après l'accouchement elle se réveille en quelque sorte, prend plus d'activité et peut mener promptement à une issue fatale.* Supposons donc l'existence d'une pareille maladie au moment où la grossesse se développe, et s'accompagne plus tard de cachexie séreuse. Supposons ces deux affections non susceptibles de s'influencer réciproquement; supposons, enfin, l'accouchement heureusement terminé, nous aurons toujours à redouter de nouveaux accidents, dont nous connaissons à l'avance la gravité; mais qui ne voit que nos suppositions sont toutes gratuites, et dès lors, qu'une pareille complication doit rendre très-circonspect à l'endroit du pronostic, sinon pour le moment même, au moins pour l'avenir. Les maladies aiguës qui peuvent se développer pendant la cachexie séreuse sont rares, mais elles aggravent le pronostic, d'autant plus que les malades sont tellement fatiguées, tellement épuisées, qu'il leur est bien difficile d'opposer au mal une

résistance vitale suffisante, et que les remèdes, mal supportés, ne peuvent remonter un organisme aussi profondément atteint.

Traitement.

Les conditions organiques dans lesquelles se trouve la femme sont tellement différentes pendant la grossesse et après le travail, qu'il est essentiel, dans la thérapeutique, de prendre cette circonstance en sérieuse considération. Nous aurons donc à étudier le traitement pendant la grossesse et le traitement pendant les couches.

A. Traitement pendant la grossesse.

Dans les livres on parle beaucoup du traitement prophylactique, et l'on passe en revue tous les moyens hygiéniques qui peuvent être opposés au développement des infiltrations; mais on ne fait que de la théorie. Nous avons dit, en effet, que, dans la pratique civile, la cachexie séreuse est très-rare, qu'on ne l'observe guère qu'à la suite d'accidents subits, tels qu'une abondante perte de sang; ici, par conséquent, les soins hygiéniques que l'on recommande aux malades sont dirigés contre toute espèce de maladie qui peut les atteindre pendant cette période, et non pas spécialement contre la cachexie séreuse. Dans le plus grand nombre de cas, au contraire, la cachexie reconnaît pour cause une réunion de circonstances qui se résument dans le mot misère; c'est dans les hôpitaux qu'on l'observe le plus souvent, et l'on sait que la plupart de ces pauvres femmes n'y viennent ou n'y sont reçues que dans les derniers mois de la grossesse, c'est-à-dire, à une époque où la maladie est déjà plus ou moins développée. C'est dans sa source qu'il faudrait attaquer le mal, et ce problème nous parait malheureusement bien difficile à résoudre.

Mais s'il est difficile de prévenir le mal, l'art est-il tout à fait impuissant pour le combattre, une fois qu'il s'est déclaré?

1.° Lorsque la cachexie se borne à un œdème plus ou moins considérable des membres inférieurs, il ne faut pas s'en inquiéter; l'infiltration disparaît en effet d'elle-même pendant le travail ou pendant les couches; il faut seulement recommander à la femme de se donner peu de mouvement, de prendre une position horizontale, de s'abstenir de boire trop d'eau; l'alimentation devra être suffisante, tonique; si la tension des membres devenait trop douloureuse, si les lèvres de la vulve étaient assez distendues pour faire craindre quelque difficulté ou quelque accident, on pourrait, surtout à la fin de la grossesse, pratiquer quelques mouchetures. Ainsi le traitement, dans cette période, est presque tout hygiénique.

2.° Lorsque l'on voit l'œdème gagner le tronc, à plus forte raison, lorsqu'il est déjà devenu général, l'art doit intervenir; mais le but qu'il doit atteindre est multiple : combattre la cause, c'est-à-dire, l'altération du sang; arrêter ou faire disparaître les effets, c'est-à-dire, l'infiltration. Dans les cas très-rares, où l'état de la malade se rapproche beaucoup de l'état chlorotique, on peut débuter immédiatement par le fer : hors de là, il ne faut songer à reconstituer le sang qu'après avoir fait disparaître, au moins en partie, cette masse de sérosité qui, d'un moment à l'autre, peut faire irruption vers les organes internes. Trois voies sont offertes par la nature pour l'évacuation de ce liquide, mais il n'en est guère qu'une seule sur laquelle on puisse véritablement compter; la peau, en effet, est sèche, généralement très-peu disposée à la diaphorèse; nous verrons tout à l'heure qu'il faut être réservé dans le choix des dérivatifs sur le canal intestinal; il ne reste donc plus que les voies urinaires. Les diurétiques sont d'une utilité incontestable; mais il n'est pas indifférent de prendre l'un ou l'autre.

A l'extérieur on fait faire plusieurs fois dans la journée des frictions avec de la teinture de scille et de digitale, étendue dans de l'eau-de-vie camphrée ou dans du vin aromatique; dans l'intervalle on entoure, les membres de flanelles, de taffetas ciré, on les couvre de sachets chauds aromatiques, ou même on fait des fomentations aromatiques.

On donnera à boire aux malades une tisane de chiendent nitrée, ou une infusion de genièvre, soit simple, soit vineuse; l'infusion vineuse est plus agréable, et généralement mieux supportée; on peut y ajouter un peu d'oxymel, ou bien donner une potion dans laquelle on fera entrer l'oxymel à la dose de 30 à 40 grammes.

Dans les cas où l'infiltration a une marche un peu plus active, où même le pouls aura quelque chose de fébrile, c'est plus particulièrement aux diurétiques salins qu'il faudra avoir recours, et à la tête de ceux-ci il faut, sans contredit, placer le nitre. On le donne, soit dans une potion, soit dans une tisane à la dose de 4 à 5 grammes; l'acétate de potasse, le tartrate de potasse, le sous-carbonate de soude, à la même dose; l'éther nitrique, de 2-6 grammes dans un litre de tisane, dans une potion, ou dans une eau légèrement aromatique; l'esprit de sel ammoniac anisé (même dose); le sirop de pointes d'asperges à la dose de 30 à 40 grammes.

Il faudra toujours tenir le ventre libre, et l'on pourra, si l'on remarque une heureuse tendance, aider la nature par quelques dérivatifs sur le canal intestinal ; mais il faudra être très-réservé dans l'emploi de ces moyens; ils seront choisis parmi les moins énergiques, pour ne pas provoquer d'irritation, ou pour ne pas fatiguer les malades par une diarrhée trop abondante.

Sous l'influence de ces moyens divers, l'on voit souvent l'infiltration générale disparaître ou diminuer notablement. C'est alors qu'on peut songer à refaire la constitution; c'est aux toniques et aux analeptiques qu'il faut s'adresser : au fer et au quinquina. La meilleure préparation dans ces cas-là, ce sont les pilules de Vallet; on commence par trois pilules, que l'on donne pendant les repas, et l'on augmente successivement, selon le degré de tolérance; il ne faut cependant pas aller trop loin, et nous croyons, sauf les cas particuliers, qu'il est bon de s'arrêter à 8 ou 10. Il peut arriver que ces pilules ne soient pas supportées; on leur substituera alors le tartrate de potasse et de fer à la dose de 1 gramme par exemple, ou bien une eau ferrugineuse.

On se trouvera quelquefois bien d'associer le quinquina au fer, de donner des pilules composées par exemple de quatre parties de citrate de fer et d'une partie de citrate de quinine, ou bien du vin de quinquina ferrugineux, contenant une, deux parties de citrate de fer pour cent grammes de vin. On comprend que nous ne pouvons ici formuler le traitement : c'est au lit des malades seulement que le médecin devra peser le pour et le contre dans le choix des remèdes qu'il prescrira, parce qu'il n'y a pas deux cachexies séreuses qu'il pourra traiter identiquement de la même manière, pas plus qu'il n'y a deux pneumonies qui se ressembleront *sicut ovum ovo.*

3.° Si, quoi qu'on fasse, l'infiltration ne diminue pas ou augmente, si des accidents se déclarent du côté des viscères importants, surtout s'il se fait un épanchement dans la plèvre, ou si l'œdème du poumon se développe, il faut : *a*) si la femme est arrivée au moins à la fin du septième mois, songer sérieusement à la provocation de l'accouchement; mais très-souvent la nature se charge elle-même de résoudre cette question difficile; elle épargne ainsi à l'accoucheur une besogne délicate, en lui disant : «*j'ai fait ce que j'ai pu, à toi à faire le reste.*» — *b*) Dans certains cas, moins nombreux à la vérité, la cachexie n'attend pas jusqu'à cette époque pour se développer, et l'on voit de bonne heure survenir des accidents pulmonaires : c'est vers ces derniers qu'il faut alors diriger toute son attention.

Si l'on réfléchit que beaucoup de ces malades vomissent facilement, que les médicaments ne sont pas bien supportés, que les accès de toux provoquent souvent à eux seuls des vomissements, et menacent les malades d'asphyxie, on comprendra que le choix des remèdes n'est pas toujours chose facile.

Les antimoniaux peuvent rendre de très-bons services, mais quand on les administre d'une manière particulière; c'est-à-dire qu'il faut éviter en général de les donner à haute dose, autrement dit, comme vomitifs, nous venons d'en indiquer les inconvénients. Aussi le soufre doré convient-il rarement dans ce cas là. Nous avons vu

au contraire le tartre stibié, à petite dose, provoquer des selles plus ou moins nombreuses et être suivi d'un soulagement marqué; ce n'est pas à dire pour cela, que l'on doive proscrire d'une manière absolue les vomitifs; il est des cas où l'on se trouvera bien d'un émélo-cathartique (p. ex. : ipéc., 1,00; tart. stib., 0,05). Le kermès aussi a été suivi de bons effets, à la dose de 0,15, 0,20; mais on fera bien d'y ajouter un peu d'opium, pour faciliter la tolérance. Dans certains cas, on pourra se contenter de donner la potion pectorale simple.

Remarquons que ces médicaments ne s'attaquent, si je puis dire, qu'à l'élément catarrhal ou subinflammatoire; que si les accidents locaux étaient très-intenses, et s'accompagnaient d'un état *véritablement fébrile*, on pourrait se décider à une petite saignée; mais disons-le de suite, il faut être *extrêmement sobre* de ce moyen qui d'une part affaiblit, et de l'autre, fournit encore à l'infiltration. Dans l'observation XIV les circonstances étaient certainement de nature à faire prescrire la saignée; le médecin cependant qui crut un instant à l'existence d'une pneumonie, et dirigea le traitement dans ce sens, ne la prescrivit pas, parce qu'il savait bien à quels dangers il exposait sa malade.

L'élément principal, celui qui tue les malades, c'est le liquide séreux lorsqu'il s'épanche dans le péricarde, ou dans les plèvres, ou bien lorsqu'il infiltre le tissu pulmonaire lui-même; eh bien, c'est encore aux diurétiques qu'il faut s'adresser, aux diurétiques salins surtout; à l'éther nitrique, à l'esprit de sel ammoniac anisé, etc. Quoique les symptômes locaux ne se soient guères modifiés par le carbonate d'ammoniaque, la malade de l'observation VII nous disait cependant qu'elle s'en trouvait bien, que sa potion était la seule chose qu'elle pût supporter; on l'a donné successivement de 0,50 à 1,25. On donnera également des boissons diurétiques, on fera sur les membres les frictions et les fomentations dont il a été question.

Lorsque les accidents se sont bien amendés, lorsque l'infiltration montre une tendance franche vers la résolution, alors on commencera

le fer seul, ou associé au quinquina, ou aux alcalins; car, administré seul, il supprime souvent les urines. Notre malade prenait alternativement un verre de limonade ferrugineuse et un verre d'eau alcaline : elle s'en trouvait assez bien.

B. Traitement pendant les couches.

Ce serait se faire une idée bien incomplète de ce qui se passe pendant les couches, que de ne considérer que l'écoulement des lochies et l'établissement de la sécrétion laiteuse, c'est-à-dire des faits palpables qui sautent aux yeux, pour négliger ou au moins méconnaître un phénomène plus intime, mais bien plus important? N'est-ce pas en effet une véritable révolution qui s'opère dans l'organisme, alors que la nature, après avoir profondément modifié le sang de la femme pendant la grossesse, travaille à le recomposer, à lui rendre ses qualités premières? Avons-nous besoin d'insister sur la légitime surveillance que le médecin exerce continuellement sur sa malade, pour que le retour à l'ordre se fasse tel que l'a voulu la nature?

La cachexie séreuse, avons-nous vu, reconnaît pour cause une altération du sang, dépendant du fait même de la grossesse; dans les cas les plus heureux, elle se dissipe après l'accouchement « *ablata causa, tollitur effectus.* » Si donc elle persiste ou augmente, à plus forte raison si elle ne se développe que pendant les couches, c'est un signe que l'altération du sang est très-profonde, que l'économie entière est bien affaiblie, bien malade, et que la nature par elle-même est insuffisante pour remonter l'organisme : elle réclame hautement les secours de l'art. Quelle sera donc la conduite que devra tenir le médecin pendant cette période critique?

A moins qu'il n'existe des symptômes locaux imminents, il faut éviter dans les commencements d'entreprendre un traitement énergique. D'une part, en effet, il pourrait favoriser le développement d'accidents toujours sérieux; de l'autre, il pourrait troubler, em-

pêcher, supprimer l'évacuation des lochies et la sécrétion du lait. Dût-même la mère n'être pas dans le cas d'allaiter, les mamelles pourront toujours servir d'émonctoire à l'écoulement de la sérosité. Quant aux lochies, leur suppression serait doublement fâcheuse. Le traitement sera donc spécialement dirigé contre l'hydropisie, et ne différera guère de celui que nous avons indiqué plus haut; nous n'y reviendrons pas. Le ventre sera tenu libre, et s'il était nécessaire de donner des purgatifs, il faudra être réservé. Il arrive même que la maladie donne par elle-même lieu à des selles diarrhéiques, séreuses, mais trop abondantes, qui fatiguent et affaiblissent les malades. Les opiacés sont alors indiqués; on les donnera, soit en potion, soit en lavements; les malades se trouvent souvent bien de deux demi-lavements amylacés et opiacés, donnés dans la journée. En même temps que l'on cherche ainsi à modérer ce flux séreux par l'intestin, il faut le rappeler vers les voies urinaires, et insister davantage sur les diurétiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Lorsqu'on n'a plus à craindre d'accident, lorsque l'état général est plus satisfaisant, que le pouls est devenu tout à fait apyrétique, que l'infiltration marche franchement vers la résolution, alors il faut s'occuper de reconstituer le sang, en commençant par le fer; les pilules de Vallet doivent être préférées en général; on peut donner simultanément le quinquina : ces deux médicaments s'associent très-bien ensemble et exercent sur leur tolérance une influence réciproque incontestable. Les malades boiront une tisane tonique; du vin de quinquina leur sera donné dans l'intervalle; l'alimentation devra être bonne, également tonique, et on ne leur permettra de sortir, que lorsqu'elles seront complétement débarrassées de toute infiltration; il serait même bon, qu'elles pussent continuer encore pendant quelque temps les pilules ferrugineuses.

Conclusions.

De tout ce qui précède nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1.° Les causes mécaniques par lesquelles on a cherché à expliquer l'œdème des membres inférieurs chez les femmes enceintes, et qui se résument dans la pression exercée par l'utérus sur les vaisseaux veineux et lymphatiques, sont insuffisantes pour expliquer la production de ce phénomène morbide.

2.° On doit le regarder au contraire comme l'expression d'un fait plus général; le sang éprouvant par l'existence même de la grossesse une série de modifications, d'où résulte une *diathèse séreuse.*

3.° Ce qui produit les infiltrations, ce n'est pas l'altération du sang dans sa totalité, mais la diminution d'un de ses éléments, *de l albumine.*

4.° Toute cause, occasionnelle ou prédisposante, qui aura pour effet d'affaiblir la constitution, favorisera le développement de la *cachexie séreuse.*

5.° Cette maladie se déclare d'ordinaire à la fin de la grossesse; mais elle peut ne se manifester qu'après l'accouchement.

6.° Le plus souvent elle a une marche lente; mais elle peut aussi revêtir une forme active, aiguë, fébrile.

7.° Elle présente trois degrés : 1.° *œdème local,* disparaissant de lui-même avant le travail ou après les couches; 2.° *leucophlegmasie générale,* empêchant d'ordinaire les femmes d'arriver à terme, provoquant souvent d'elle-même l'accouchement prématuré; 3.° *épanchements internes :* celui dans les plèvres et le péricarde, et l'œdème pulmonaire sont les accidents les plus fréquents et les plus redoutables.

8.° Dans la cachexie arrivée au troisième degré, les malades sont

sous l'imminence continuelle de l'asphyxie; les accès de toux provoquent souvent des vomissements fâcheux; l'accouchement a presque toujours lieu prématurément, et la mort arrive quelquefois avant que le travail ne soit achevé.

9.° Dans ces circonstances, le fœtus est plus ou moins arrêté dans son développement, et son existence est gravement compromise.

10.° Dans la forme aiguë, la marche du mal est quelquefois tellement rapide, que la distinction de ses différentes périodes n'est plus possible.

11.° Lorsque la cachexie séreuse persiste après l'accouchement; *à fortiori*, lorsqu'elle ne se déclare que pendant les couches; il faut être très-circonspect dans le pronostic.

12.° Dans le traitement il faut avoir égard à deux choses, à l'*effet et à la cause.* D'ordinaire on doit commencer par chercher à résoudre l'infiltration, c'est aux diurétiques qu'on s'adressera de préférence : les diurétiques salins conviennent surtout lorsqu'il y a un élément fébrile, ou quelques symptômes locaux dominants, cependant, pas assez intenses, pour nécessiter un traitement spécial : il faut éviter les remèdes énergiques, qui provoquent des vomissements ou de l'irritation vers le tube digestif. La saignée ne trouve son application que dans des cas exceptionnels. Une fois maître du mal, il faut reconstituer le sang : le fer, le quinquina, un régime tonique seront la base du traitement.

